

VIH/sida et prisons: rapport final

Préparé par Ralf Jürgens

© Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, Montréal, 1996

ISBN 1-896735-05-3

Table des matières

[Informations sur ce document et remerciements](#)

[Sommaire](#)

[Introduction](#)

[Réaction au VIH/sida dans les prisons: historique](#)

[Comité d'experts sur le sida et les prisons \(CESP\)](#)

[Rapport final et recommandations du CESP](#)

[Réponse du SCC au Rapport du CESP](#)

[Trop peu, trop lentement: critiques répétées et croissantes à l'égard de la réaction du SCC](#)

[Réponses des systèmes provinciaux au Rapport du CESP](#)

[Conclusion](#)

[Nouveaux développements](#)

[Augmentation du nombre de cas connus de VIH/sida](#)

[Augmentation du nombre de détenus malades](#)

[Preuves croissantes de comportements à risque élevé en prison](#)

[Preuves croissantes de transmission du VIH dans les prisons](#)

[Hépatite C](#)

[Actions en justice déposées par des détenus](#)

[Rapports d'études sur le VIH/sida dans les prisons](#)

[Échange de seringues et d'aiguilles en prison](#)

[Traitement d'entretien à la méthadone](#)

[Publication du Sondage national auprès des détenus du SCC](#)

[Publication du Rapport de la Commission Arbour](#)

[Responsabilité des systèmes correctionnels](#)

[Revue de la littérature](#)

[Droit international](#)

[Droit canadien](#)

[Recommandations d'action](#)

[Questions sous-jacentes: engagement, ressources, imputabilité et approche stratégique à long terme](#)

[Recherche](#)

[Dépistage et confidentialité](#)

[Programmes d'éducation à l'intention des détenus](#)

[Mesures préventives à l'intention des détenus](#)

[Réaction à l'usage de drogue](#)

[Éducation du personnel](#)

[Mesures de protection du personnel](#)

[Soins de santé](#)

[Libération pour des raisons humanitaires](#)

[Femmes détenues](#)

[Détenus autochtones](#)

[Jeunes contrevenants](#)

[Politiques en matière de drogue](#)

[Conclusion](#)

[Bibliographie](#)

[Annexe 1: Rôle du droit de la négligence dans la prévention de l'exposition des détenus au VIH pendant leur incarcération](#)

[Annexe 2](#): Droit constitutionnel des détenus à des aiguilles propres et à de l'eau de Javel

[Annexe 3](#): Liste des répondants au *Document de travail*

[Annexe 4](#): Projet conjoint du Réseau juridique canadien VIH/sida et de la Société canadienne du sida sur les questions d'ordre juridique et éthique soulevées par le VIH/sida

[Annexe 5](#): Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

VIH/sida et prisons: rapport final

Préparé par Ralf Jürgens

© Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, Montréal, 1996

ISBN 1-896735-05-3

Sommaire

Un détenu conserve tous ses droits civils qui ne lui sont pas retirés, expressément ou implicitement.¹

Une peine d'emprisonnement ne devrait pas être assortie d'une peine de sida.²

Historique

Les questions soulevées par le VIH/sida dans les prisons ont été étudiées en profondeur au Canada, en particulier par le Comité d'experts sur le sida et les prisons (CESP) et le Réseau de soutien et d'action des prisonniers/ères vivant avec le VIH/sida (PASAN). Les particuliers et les organisations consultés pendant la Phase I du projet ont néanmoins affirmé que les questions d'ordre juridique et éthique soulevées par le VIH/sida dans les prisons demeurent une priorité au Canada; ils se sont dits préoccupés par la réticence du Service correctionnel du Canada à mettre en oeuvre quelques-unes des principales recommandations du CESP, en particulier celle d'entreprendre une étude pilote de la distribution d'aiguilles dans au moins une prison.

Ils ont suggéré que le projet examine la question de savoir si les gouvernements et les systèmes carcéraux ont une obligation légale de fournir aux détenus les moyens de se protéger contre le VIH, et la responsabilité éventuelle pour la transmission du VIH qui s'ensuit dans les prisons, si l'on ne leur fournit pas de condoms, d'eau de Javel et d'aiguilles stériles.

Activités

Le travail s'est amorcé en août 1995. Depuis, le coordonnateur du projet a notamment:

- procédé à une recherche approfondie sur les questions d'ordre juridique et éthique soulevées par le VIH/sida en prison;
- participé à des rencontres nationales et internationales sur le VIH/sida en prison; et
- visité l'une des prisons suisses où les détenus ont accès à du matériel d'injection stérile.

Dans le cadre de son travail, le coordonnateur a préparé *VIH/sida et prisons: un document de travail*. Plus de 500 copies du document ont été distribuées au Canada et à l'échelle internationale: plus de 70 réactions ont été exprimées par des détenus, du personnel correctionnel, des médecins, des avocats, des ministères de la Santé ou chargés des services correctionnels, ainsi que des organisations nationales et internationales. En grande majorité, les répondants se sont prononcé en accord avec les conclusions et recommandations du Document de travail et sur le fait qu'il est nécessaire que les prisons fassent davantage pour prévenir la propagation du VIH entre détenus, au personnel et au public, et pour prendre soin des détenus séropositifs.

Le Rapport final

Le *Rapport final* et ses annexes:

- dressent un historique des réactions au VIH/sida dans les prisons, au Canada et dans d'autres pays;
- présentent un inventaire des nouveaux développements pertinents au domaine;
- examinent la possibilité d'une obligation légale et/ou éthique de fournir aux détenus les moyens leur permettant de se protéger contre la transmission du VIH;
- abordent la question de la responsabilité potentielle pour le refus de fournir condoms, eau de Javel, aiguilles stériles, et pour la transmission conséquente du VIH en prison; et
- formulent des recommandations d'action.

Objectif du projet

Le projet vise à assister le Service correctionnel du Canada (SCC) et les systèmes correctionnels provinciaux dans leurs efforts pour prévenir la transmission du VIH dans les prisons, aux employés et au public: le *Rapport final* les aidera à répondre aux défis issus des nouveaux développements intervenus depuis la publication des recommandations du CESP. On demandera aux systèmes correctionnels fédéral et provinciaux d'y réagir.

Nouveaux développements

Le *Document de travail* examinait des faits récents, survenus depuis le rapport du CESP:

- augmentation de 40% du nombre de cas connus de VIH/sida dans les prisons fédérales, au cours d'une période de 16 mois (avril 1994 - août 1995);
- augmentation du nombre de détenus qui vivent avec le sida ou une infection à VIH symptomatique, nécessitant des soins médicaux plus approfondis et coûteux;
- augmentation des preuves de comportements à risque élevé en prison;
- augmentation des preuves que ces comportements contribuent à la propagation du VIH en prison;
- prévalence très élevée d'hépatite C en prison, tel que démontrée par trois études récentes, au Canada, qui révèlent des taux allant de 28 à 40%;
- poursuites légales intentées par des détenus contre les systèmes correctionnels de deux états australiens pour défaut de fournir les mesures pour prévenir la propagation du VIH;
- rapports d'autres pays, renforçant le consensus sur le besoin d'augmenter les efforts pour limiter la propagation du VIH en prison et mieux s'occuper des détenus vivant avec le VIH/sida;
- succès d'un projet pilote de distribution d'aiguilles stériles dans une prison suisse, démontrant la possibilité d'appliquer en prison un tel programme de

manière sécuritaire et avec le soutien des détenus, du personnel, des autorités correctionnelles, des politiciens et du public en général.

Le *Rapport final* effectue un suivi de ces développements et en aborde d'autres qui sont survenus depuis la parution du Document de travail, notamment:

- une nouvelle augmentation, quoique faible, du nombre de cas connus de VIH/sida dans les établissements correctionnels fédéraux;
- des progrès et des retards dans l'application de certaines mesures de réduction des méfaits qu'avait promises le SCC;
- la publication du rapport de la Commission d'enquête sur certains événements survenus à la Prison des femmes de Kingston, qui met en évidence des lacunes systémiques au sein du SCC, ainsi que son défaut de respecter les droits des individus, son refus de réagir aux critiques de l'extérieur et de s'engager dans une autocritique honnête; ces problèmes affectent également la réaction (ou le manque de réaction) du SCC à l'égard du VIH;
- la publication des résultats d'un sondage du SCC auprès de 4 285 détenus, qui confirme une forte proportion de détenus s'engageant dans des comportements à risque élevé;
- une action légale déposée par une détenue de la Colombie-Britannique contre le service correctionnel de cette province, pour défaut de lui donner accès à de la méthadone;
- une augmentation du nombre de prisons et de systèmes carcéraux, à travers le monde, qui permettent aux détenus l'accès à des aiguilles et seringues stériles, de même que la publication d'une étude qui démontre les effets positifs de cette mesure.

Recommandations d'action

Le SCC et, dans une moindre mesure, les systèmes correctionnels provinciaux, ont commencé à réagir à ces nouveaux faits mais leur action est trop lente.

Même si plusieurs initiatives sont amorcées ou planifiées — distribution d'eau de Javel, introduction de procédures non-nominales et anonymes de dépistage du VIH dans les prisons fédérales, projet pilote d'éducation par les pairs dans une prison fédérale au Nouveau-

Brunswick — on ne fait pas encore assez pour prévenir la propagation du VIH et d'autres agents infectieux dans les prisons, notamment le virus de l'hépatite C.

Plutôt que d'adopter une stratégie à long terme pour réagir aux nombreux problèmes soulevés en prison par le VIH/sida et l'usage de drogue, on agit de manière décousue, démontrant un manque évident de coordination, d'engagement, d'inspiration et de vision. En conséquence, le SCC accuse de plus en plus de retard dans l'accomplissement des engagements auxquels il s'était commis dans sa réponse officielle au rapport final du CESP, allant parfois jusqu'à trahir carrément ces engagements.

À peu d'exceptions près — dont la Colombie-Britannique —, les services correctionnels provinciaux sont aussi réticents à affronter la réalité du VIH et de l'usage de drogue en prison. Parfois, ils n'offrent même pas aux détenus les plus élémentaires moyens de prévention contre la transmission du VIH.

Afin de prévenir la propagation ultérieure du VIH dans les prisons et d'améliorer la qualité des soins, du soutien et des traitements offerts aux détenus, le Rapport final exhorte les systèmes correctionnels fédéral et provinciaux à:

- adopter une approche stratégique coordonnée et à long terme en réponse au VIH/sida et à l'usage de drogue en prison;
- coordonner leurs efforts et collaborer de plus près dans la lutte contre le VIH/sida en prison;
- adopter une approche plus pragmatique face à la consommation de drogue, en reconnaissant que l'idée de prisons sans drogue n'est pas plus réaliste que l'idée d'une société sans drogue, et qu'à cause du VIH/sida, les prisons ne peuvent plus se permettre de concentrer leurs efforts sur la réduction de la consommation de drogue comme l'objectif premier de leurs politiques sur la drogue: la réduction de l'usage de drogue est certes un objectif important, mais la réduction de la propagation du VIH et d'autres agents infectieux est encore plus importante;
- reconnaître que le fait de permettre l'accès des détenus à de l'eau de Javel, à des aiguilles et seringues stériles et à des programmes d'entretien à la méthadone n'équivaut pas à fermer les yeux sur l'usage de drogue, mais constitue une mesure de santé publique nécessaire et pragmatique;
- éduquer la population et les autorités canadiennes sur l'importance d'implanter des mesures de réduction des méfaits dans les prisons; et, de manière encore plus importante,

- agir sans plus de délais pour protéger les détenus, le personnel correctionnel et la société tout entière: les recommandations du Document de travail, du CESP, de PASAN, de l'Organisation mondiale de la santé, et de nombreux autres organismes canadiens et internationaux doivent être appliquées pour endiguer la propagation du VIH entre détenus, aux employés de prison et au public.

Responsabilité morale et légale des systèmes correctionnels

Il est clair qu'il incombe aux systèmes correctionnels une responsabilité morale, mais aussi légale, de faire tout en leur possible, sans délai, afin d'endiguer la propagation d'agents infectieux entre détenus, au personnel et à la communauté en général, et de prendre soin adéquatement des détenus vivant avec le VIH ou d'autres infections. Au Canada, les systèmes correctionnels ne remplissent pas encore cette responsabilité parce qu'ils ne font évidemment pas tout ce qui est en leur possible: certaines initiatives judicieuses et efficaces entreprises hors des prisons avec le soutien et le financement des gouvernements — par exemple, la fourniture de matériel d'injection stérile et de programmes d'entretien à la méthadone pour les utilisateurs de drogue injectable — ne sont toujours pas adoptées dans les prisons canadiennes même si l'on constate que les systèmes correctionnels d'autres pays les ont appliquées avec succès et avec l'appui des détenus, employés, autorités carcérales, politiciens, et du public.

Au Canada en 1989, un tribunal a indiqué que les centres de détention de Toronto échouaient dans la détention des personnes vivant avec le VIH/sida, en ne leur offrant pas des soins appropriés et en n'informant pas les membres du personnel au sujet du VIH/sida. Même si la qualité des soins et traitements des détenus vivant avec le VIH/sida s'est nettement améliorée depuis ce temps, le cas demeure important: il démontre que les cours canadiennes sont disposées à examiner de près l'action ou l'inaction des autorités correctionnelles en matière de VIH/sida. Si les tribunaux statuent que le manquement d'offrir des soins appropriés aux détenus infectés constitue une violation de leurs droits constitutionnels, il est permis de penser qu'ils jugeront aussi inconstitutionnel le refus élémentaire d'offrir aux personnes incarcérées les moyens de se protéger contre l'infection.

Déjà, dans un état de l'Australie, des prisonniers ont intenté une action légale visant à forcer les autorités correctionnelles à leur fournir des condoms, en soutenant que le refus de ce faire constitue de la négligence. Les autorités, gênées par la publicité peu flatteuse que leur attirait l'affaire, ont amorcé la distribution de condoms: l'action légale a constitué le catalyseur nécessaire à l'application d'un changement recommandé depuis fort longtemps. Dans un autre état australien, une action légale pour négligence vient d'être intentée par un détenu qui a contracté le VIH en prison. Et au Canada, une détenue a entrepris une action contre le système correctionnel de la Colombie-Britannique pour refus de lui donner accès à de la

méthadone.

Conclusion

Souhaitons que les gouvernements et systèmes correctionnels au Canada agissent sans que les tribunaux doivent instaurer un précédent pour les tenir moralement et légalement responsables des dommages résultant de leur refus d'offrir aux détenus les moyens préventifs requis. Même s'ils vivent entre les murs d'une prison, les détenus font partie de nos communautés et ils ont droit à une qualité de soins et de protection égale à celle offerte aux gens de l'extérieur: ils sont condamnés à l'emprisonnement, non pas à contracter le VIH.

Nous devons aux détenus et nous devons à la communauté de protéger la population carcérale contre la transmission du VIH en prison. Autrement, les tribunaux ou une commission d'enquête devront peut-être un jour examiner pourquoi on a fait trop peu pour prévenir la transmission du VIH en prison alors que tout le monde était pleinement conscient du risque et savait pertinemment quelles mesures auraient pu être entreprises pour le réduire.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

¹ Lord Wilberforce, dans l'arrêt *Raymond v. Honey* [1982] 1 All ER 756, à la p. 759.

² Note, «Sentenced to Prison, Sentenced to AIDS: The Eighth Amendment Right to be Protected from Prison's Second Death Row», *Dickinson Law Review* 1988, 92: 863-892.

VIH/sida et prisons: rapport final

Préparé par Ralf Jürgens

© Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, Montréal, 1996

ISBN 1-896735-05-3

Introduction

Le Réseau juridique canadien VIH/sida (Réseau) et la Société canadienne du sida (SCS) consacrent un volet de leur Projet conjoint sur les questions d'ordre juridique et éthique soulevées par le VIH/sida (voir annexe 4) à la question du VIH/sida dans les prisons. Le projet a été cofinancé par le Service correctionnel du Canada, et par l'Unité des soins, des traitements et du soutien pour le sida et les Programmes d'action communautaire et de prévention du VIH/sida, Santé Canada, dans le cadre de la phase II de la Stratégie nationale sur le sida.

Activités

Depuis son début en août 1995, le Projet a:

- organisé une plénière et une session en petits groupes, dans le cadre du Premier atelier national VIH/sida et prisons, tenu à Kingston le 20 août 1995. À la plénière, deux spécialistes présentaient les résultats de leurs recherches sur les questions juridiques et éthiques qui nous préoccupent ici. Ils examinaient plus particulièrement s'il serait possible et souhaitable d'avoir recours au droit pour assurer que les systèmes correctionnels mettent à la disposition des détenus les moyens de se protéger contre la transmission du VIH (on trouve un sommaire de ces présentations aux Annexes 1 et 2). Les sessions en petits groupes étaient dévolues à la discussion des questions soulevées par ces conférenciers;
- publié les débats de l'atelier et un résumé des principales conclusions, dans un numéro spécial du *Bulletin canadien VIH/sida et droit* (vol. 2, no 1 (octobre 1995));

- entrepris une recherche approfondie sur les questions d'ordre juridique et éthique soulevées par le VIH/sida dans les prisons;
- publié de nombreux articles sur le sujet dans le Bulletin canadien VIH/sida et droit;
- contribué au programme de formation sur «Hépatite B et C, tuberculose et sida: risques et défis en prison» à l'intention des employés des services de santé des centres de détention du Québec;
- participé au Symposium interdisciplinaire sur les stratégies de réduction des méfaits en prison, tenu à Berne (Suisse) du 28 février au 3 mars 1996; et
- visité l'une des prisons suisses où les détenus ont accès à des aiguilles et seringues stériles.

Le Document de travail

Le coordonnateur du Projet a préparé *VIH/sida et prisons: un document de travail*.¹ Plus de 500 copies de cet ouvrage ont été distribuées au Canada et à l'étranger, pour stimuler une discussion et pour donner aux diverses parties intéressées par les questions soulevées par le VIH/sida et l'usage de drogue en prison une occasion de contribuer au *Rapport final*.

Réactions au Document de travail

Depuis novembre 1995, plus de 70 réponses ont été reçues de détenus, membres du personnel correctionnel, médecins, avocats, ministres de la Santé ou de la Sécurité publique, et organisations nationales et internationales. La vaste majorité des répondants supporte les conclusions et recommandations du document. Le sentiment général se résume bien dans un commentaire de M. Demers, sous-ministre au ministère du Procureur général de la Colombie-Britannique:

Les systèmes correctionnels fédéral et provinciaux doivent faire davantage d'efforts pour réduire les conséquences publiques et individuelles bien réelles qui résultent de la transmission issue de comportements à risque élevé.

«Il n'y a pas de temps à perdre. Le refus d'implanter immédiatement une action pleinement

intégrée pour lutter contre le VIH/sida dans les prisons canadiennes serait contraire à l'éthique» écrivait Anne Malo, qui était alors coordonnatrice des programmes nationaux contre le sida du SCC.² Dr Christiane Richard, qui a été membre du CESP et du Comité consultatif des services de santé du SCC, affirme: «Je ne peux qu'être d'accord avec les conclusions, soit d'instaurer au plus tôt, en prison, un système d'échange de seringues et d'aiguilles, ainsi qu'un traitement de maintenance à la méthadone».³

Le comité des détenus de l'établissement de William Head (Colombie-Britannique) a souligné que «la propagation de maladies dans nos prisons devrait préoccuper l'ensemble de la population puisque, en bout de compte, toute la société en fera les frais; mais on ne fait pas assez pour prévenir l'exposition au VIH et à d'autres infections.» Le comité ajoute que:

En voyant certaines seringues artisanales, ici ces derniers temps, on s'attend à une dure année. Le SCC a l'air ridicule en distribuant des condoms mais pas de seringues. Nous sommes d'avis que beaucoup plus de gens sont en danger de contracter le VIH par l'usage de drogue injectable que par les pratiques sexuelles. ... Nous percevons la présente politique sur les seringues hypodermiques comme un signe d'indifférence flagrante envers la vie humaine, et la responsabilité devrait leur retomber carrément sur la tête.⁴

Les répondants n'étaient cependant pas tous en faveur de l'accès des détenus à du matériel d'injection stérile. Selon madame Lynn Ray, présidente nationale du syndicat des employés du Solliciteur Général,

[L]es agents de la paix ne peuvent fermer les yeux, ou avoir l'air de fermer les yeux, sur ce qui se ramène à une activité illégale. ... Le SCC s'attend-il à ce que les agents correctionnels tendent une aiguille stérile à un détenu en sachant qu'une heure plus tard ils devraient peut-être le sortir de force de sa cellule à cause d'une surdose?

Mme Ray poursuit en soulignant «l'importance d'une approche cohérente, pratique et maniable pour le contrôle de l'entrée de drogue dans les établissements. ... Le flux de drogues dans les établissements peut, et doit, être réduit. Je suis parfaitement consciente que ça coûtera cher, mais la sécurité et la santé du personnel sont en jeu.»⁵

Le Rapport final

À peu d'exceptions près, les réactions au *Document de travail* exprimaient un accord sur sa forme et son contenu, en particulier sur ses recommandations. Par conséquent, la majeure partie du texte du *Document de travail* se retrouve dans le *Rapport final*. L'information a

toutefois été mise à jour et enrichie de nouveau matériel. Les sections sur l'échange de seringues et la disponibilité de programmes d'entretien à la méthadone ont été étoffées, conformément au souhait formulé par de nombreux répondants.

Le *Rapport final* et ses annexes:

- dressent un historique des réactions au VIH/sida dans les prisons, au Canada et dans d'autres pays;
- présentent un inventaire des nouveaux développements pertinents au domaine;
- examinent la possibilité d'une obligation légale et/ou éthique de fournir aux détenus les moyens leur permettant de se protéger contre la transmission du VIH;
- abordent la question de la responsabilité potentielle pour le refus de fournir condoms, eau de Javel, aiguilles stériles, et pour la transmission conséquent du VIH en prison; et
- formulent des recommandations d'action.

Objectif du projet

Le projet vise à assister le SCC et les systèmes correctionnels provinciaux dans leurs efforts pour prévenir la transmission du VIH entre détenus, aux employés et au public: le *Document de travail* et le *Rapport final* les aideront à répondre aux défis issus des nouveaux développements intervenus depuis la publication des recommandations du CESP, en proposant des solutions qui leur permettront d'améliorer leurs efforts de prévention et de remplir leurs responsabilités légales et éthiques envers les détenus, le personnel et le public. On demandera aux systèmes correctionnels fédéral et provinciaux d'y réagir. Le *Rapport final* sera largement distribué, suite à quoi les systèmes correctionnels fédéral et provinciaux seront invités à y formuler leurs réactions,⁶ qui seront publiées dans le *Bulletin canadien VIH/sida et droit*. D'autres activités sont prévues pour assurer que les recommandations du Rapport soient appliquées.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

NOTES

¹ R. Jürgens, VIH/sida et prisons: un document de travail, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1995.

² Réponse au Document de travail, en date du 23 février 1996.

³ Réponse au Document de travail, en date du 20 février 1996.

⁴ Réponse au Document de travail, en date du 10 janvier 1996.

⁵ Réponse au Document de travail, en date du 18 janvier 1996.

⁶ Le processus est similaire à celui qu'avait adopté le CESP. Le coordonnateur du Projet conjoint SCS/Réseau et auteur du présent texte était également coordonnateur du projet du CESP, pour lequel il avait préparé le Rapport sommaire et le Rapport final.

VIH/sida et prisons: rapport final

Préparé par Ralf Jürgens

© Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, Montréal, 1996

ISBN 1-896735-05-3

Réaction au VIH/sida dans les prisons: historique

[Comité d'experts sur le sida et les prisons \(CESP\)](#)

[Rapport final et recommandations du CESP](#)

[Réponse du SCC au Rapport du CESP](#)

[Trop peu, trop lentement: critiques répétées et croissantes à l'égard de la réaction du SCC](#)

[Réponses des systèmes provinciaux au Rapport du CESP](#)

[Conclusion](#)

Comité d'experts sur le sida et les prisons (CESP)

Au Canada, le Comité consultatif national sur le sida,⁷ la Société royale,⁸ le Comité parlementaire sur le sida,⁹ le Comité consultatif fédéral/provincial/territorial sur le sida,¹⁰ le Comité consultatif sur le VIH et le SIDA de la région de l'Ontario du SCC¹¹ et le Réseau de soutien et d'action des prisonniers/ères vivant avec le VIH/sida (PASAN)¹² ont tous émis diverses recommandations visant à réduire le risque de transmission du VIH et à assurer que les soins, les traitements et le soutien requis soient mis à la disposition des détenus. Sur le plan international, des recommandations similaires étaient mises de l'avant, notamment par l'Organisation mondiale de la santé.¹³ L'analyse la plus détaillée des questions soulevées par le VIH/sida dans les prisons est peut-être celle effectuée par le CESP, qui avait été créé le 15 juin 1992 pour assister le gouvernement canadien dans la promotion et la protection de la santé des prisonniers et du personnel, et l'aider à prévenir la transmission du VIH et d'autres agents infectieux dans les institutions correctionnelles fédérales.

Au cours de ses 18 mois d'existence, le CESP a visité des établissements correctionnels en Colombie-Britannique, en Ontario et au Québec; il a interrogé les autorités correctionnelles, le personnel et les détenus, sur les questions liées au VIH/sida et à la consommation de drogue en milieu carcéral; il a examiné et analysé des politiques nationales et internationales, des rapports et des documents pertinents; il a reçu les points de vue de divers groupes, instances canadiennes ou internationales, et individus; il a procédé à un sondage sur les préoccupations des détenus et des membres du personnel correctionnel à l'égard du VIH/sida et de l'usage de drogue dans les prisons. Le Comité publiait en juillet 1993 le résultat de ses conclusions préliminaires.¹⁴ Plus de 1000 exemplaires de ce Document de travail étaient distribués au Canada et à l'échelle internationale, afin d'engager un débat et d'offrir aux personnes que la question intéresse la possibilité d'examiner les résultats de ses travaux et ses propositions. Le Rapport final était rendu public en mars 1994.¹⁵

Rapport final et recommandations du CESP

Dans son rapport final, le CESP abordait la grande diversité des questions médicales, éducationnelles, institutionnelles, juridiques et sociales que soulèvent le VIH/sida et la consommation de drogue dans les établissements correctionnels du Canada. Il offrait une revue des politiques carcérales nationales et provinciales au Canada et dans quatorze autres pays, ainsi que les politiques émises par les organisations internationales.

En face du problème de l'infection à VIH dans les prisons, l'approche prônée par le Rapport est solidement basée sur des notions de santé publique; vis-à-vis de la consommation de drogue, ses recommandations optent pour la réduction des méfaits (*harm reduction*). Il contient 88 recommandations élaborées pour protéger la santé des détenus, des employés et du public, au regard des points suivants:

- prévalence et détection de l'infection à VIH;
- confidentialité des renseignements médicaux sur les détenus;
- placement et activités des détenus séropositifs;
- programmes éducatifs pour les détenus et le personnel;
- activité sexuelle consensuelle et non consensuelle;
- usage de drogue injectable, tatouage, perçage de la peau;

- mesures de protection à l'intention du personnel;
- soins de santé;
- tuberculose;
- libération pour des raisons humanitaires;
- assistance postpénale;
- détenues;
- détenus autochtones.

Les recommandations du CESP abondent dans le sens de celles formulées par les autres organisations nationales et internationales, en particulier les *Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons*,¹⁶ notamment:

- que l'on rende possibles les tests anonymes de détection du VIH pour les détenus;
- que l'on veille à ce que les renseignements médicaux personnels demeurent confidentiels entre le personnel médical et le détenu;
- que l'on améliore les programmes d'éducation des détenus et du personnel en intégrant davantage l'apport d'experts et de groupes communautaires de l'extérieur, et l'aide par les pairs;
- que l'on permette aux détenus un accès facile et discret à des condoms, des digues dentaires et du lubrifiant à base d'eau;
- que l'on améliore les mesures préventives pour le personnel;
- que les soins offerts aux détenus vivant avec le VIH/sida soient de qualité équivalente à ceux offerts à l'extérieur des prisons;
- que les détenus atteints de maladies dégénératives progressives, incluant le sida, soient généralement — s'ils ne présentent pas une menace à la sécurité du public — libérés plus tôt dans le cours de leur maladie, avant qu'ils n'entrent en phase terminale;

- que de l'eau de Javel soit mise à la disposition des détenus;
- que les détenus qui font usage de drogue injectable aient accès à la méthadone.

Le Comité concluait de plus qu'il sera inévitable de fournir du matériel d'injection stérile dans les prisons, en raison de doutes sérieux qui ont été émis quant à l'efficacité de l'eau de Javel dans la destruction du VIH.¹⁷ Il se montrait inquiet qu'en raison de la rareté du matériel d'injection dans les établissements correctionnels, il est presque certain que les détenus qui persistent à s'injecter de la drogue partageront du matériel. Seul l'accès à du matériel d'injection stérile permettrait d'éviter que les détenus ne doivent partager leur matériel. Cependant, le CESP notait qu'à l'époque la distribution d'aiguilles et de seringues dans les pénitenciers fédéraux soulevait de nombreuses questions litigieuses et susceptibles de semer la division.

Premièrement, comme des aiguilles et des seringues n'ont jamais été distribuées dans quelque système pénitentiaire que ce soit, on manque de données sur l'efficacité, les avantages, les risques, les dangers et le rapport coût/efficacité de leur distribution. Par exemple, il n'est pas évident que le modèle établi pour l'échange d'aiguilles à l'extérieur du milieu carcéral pourrait s'adapter aux prisons. Alors que l'incidence de la distribution ou de l'échange d'aiguilles sur les niveaux de consommation de drogues injectables à l'extérieur du milieu carcéral semble négligeable, leur incidence dans les prisons est inconnue. Deuxièmement, on s'inquiète de la sécurité des codétenus et du personnel. On craint que les aiguilles ne servent d'armes bien qu'il n'y ait aucune raison fondamentale de croire que les aiguilles qui seraient distribuées seraient plus dangereuses que celles qui se trouvent déjà dans les pénitenciers. Troisièmement, la distribution d'aiguilles stériles en milieu carcéral est souvent rejetée parce qu'elle semble signifier la tolérance de l'usage de drogues illicites dans un milieu conçu pour faire respecter la loi, ce qui serait contradictoire.¹⁸

Le CESP a conclu que, s'il allait nécessairement falloir distribuer du matériel d'injection stérile dans les prisons, il n'était cependant pas possible de le faire à cette époque. Par conséquent, il recommandait que des études soient effectuées, en vue de trouver des moyens et d'élaborer des mesures, incluant l'accès à du matériel d'injection stérile, qui permettraient de réduire encore davantage le risque de transmission du VIH et les autres dangers découlant de l'utilisation de drogue injectable dans les établissements correctionnels fédéraux. Le Comité recommandait en outre que ces études comportent un ou des projets pilotes valides sur le plan scientifique et soient alliées à des mesures de planification, de communication et de sensibilisation, qui permettraient d'accélérer la mise en oeuvre de la distribution de matériel d'injection stérile dans les établissements.¹⁹

Réponse du SCC au Rapport du CESP

Les promesses faites

Le SCC a accepté plusieurs des recommandations du CESP, reconnaissant que «le SIDA représente un sérieux problème de santé publique pour l'ensemble de la société et que les détenus des pénitenciers fédéraux, qui constituent un groupe à risque particulièrement élevé, font l'objet de préoccupations particulières.» Le Commissaire du SCC ajoutait:

Puisque plus de 80 p. cent des détenus (environ 85 p. 100) purgent une peine d'une durée fixe et qu'ils retourneront en fin de compte dans la collectivité, le Service correctionnel est particulièrement sensible à la responsabilité qu'il a de protéger le public, y compris le personnel et les détenus, contre les menaces de transmission du VIH/SIDA et les conséquences de cette transmission.²⁰

Il concluait en affirmant qu'il incombe au SCC «de faire tout ce que nous pouvons pour empêcher cette maladie mortelle de se répandre.»

Dans sa réponse officielle au Rapport,²¹ le SCC a annoncé, entre autres:

- qu'il acceptait la recommandation du CESP de réitérer et de renforcer sa politique de préserver la confidentialité de l'état sérologique des détenus vivant avec le VIH/sida;
- qu'il acceptait de poursuivre et d'améliorer les programmes d'éducation sur le VIH/sida et sur l'usage de drogue, pour les employés et les détenus, et de concevoir des programmes spéciaux de prévention et d'information expressément pour les détenus autochtones et pour les détenues;
- qu'il acceptait que des condoms, des digues dentaires et du lubrifiant à base d'eau soient plus facilement et discrètement accessibles aux détenus par une variété de voies de distribution dans les établissements;
- qu'il acceptait de permettre aux détenus d'engager à leurs frais des tatoueurs professionnels;
- qu'il acceptait les constatations du CESP concernant les soins de santé, et convenait de prodiguer aux détenus des soins et des traitements comparables à ceux qui sont offerts à l'ensemble de la société, notamment (1) en maintenant des liens solides avec les services de santé de l'extérieur; (2) en facilitant l'accès des détenus à des traitements expérimentaux ou spéciaux, y compris par un

éventuel transfèrement lorsque les considérations de sécurité le permettent; (3) en évaluant dans chaque établissement les services de santé pour les détenus vivant avec le VIH/sida;

- qu'il acceptait de recommander normalement à la Commission nationale des libérations conditionnelles la libération de détenus souffrant d'une maladie évolutive qui peut être mortelle, y compris le sida, avant qu'ils ne soient en phase terminale, dans la mesure où ils ne représentent pas une menace pour la sécurité du public.

À l'époque, les recommandations du CESP à l'effet que (1) de l'eau de Javel soit mise à la disposition des détenus dans les prisons fédérales canadiennes et que (2) l'accès au test de détection de l'anti-VIH soit amélioré par l'introduction de procédures anonymes et non-nominales, avaient été rejetées. Le SCC choisissait de mener plutôt des études pilotes sur ces aspects dans un seul établissement. Cette décision a été renversée au printemps de 1995; avec l'approbation du Solliciteur général, le Commissaire du SCC a chargé le SCC d'amorcer la mise en oeuvre des programmes de dépistage anonyme du VIH et de distribution d'eau de Javel dans tous ses établissements.

Voici une description des principales initiatives en cours ou en préparation, en réponse au Rapport du CESP:

- la distribution d'eau de Javel;
- l'accès accru au dépistage des anticorps au VIH;
- un programme de promotion de la santé par les pairs;
- la révision de la Directive du Commissaire No 821: maladies infectieuses.

Des promesses tenues?

Distribution d'eau de Javel

Historique

Dans son rapport, le CESP recommandait:

- que de l'eau de Javel non diluée soit mise à la disposition des détenus dans les établissements correctionnels fédéraux, comme désinfectant d'usage général; en particulier, qu'une trousse de produits d'hygiène et de santé comprenant une petite quantité d'eau de Javel et des directives pour nettoyer les aiguilles le plus

efficacement possible soit remise à tous les détenus à leur arrivée dans l'établissement et à leur départ; et que l'eau de Javel soit mise à la portée des détenus d'une manière similaire aux condoms, aux digues dentaires et au lubrifiant à base d'eau; c'est-à-dire que de petites quantités d'eau de Javel soient facilement et discrètement accessibles;

- que la distribution d'eau de Javel s'accompagne de révisions aux politiques du SCC comme suit: jusqu'à ce que l'eau de Javel soit accessible, et ultérieurement, que la possession de petites quantités ne soit considérée ni comme une infraction à la discipline, ni comme une preuve par inférence de la consommation de drogue illicite;
- que l'on procède à une étude minutieuse des répercussions possibles de la distribution d'eau de Javel, en collaboration avec des spécialistes indépendants;
- que, afin de démontrer clairement la ferme volonté du SCC de réduire la consommation de drogue dans ses établissements, la distribution d'eau de Javel s'accompagne d'une mise en garde claire sur le fait que la possession et la consommation de drogue illicite ne seront pas tolérées dans les établissements correctionnels.²²

Le CESP faisait remarquer que l'eau de Javel est déjà à la disposition des détenus dans les prisons de nombreux pays à travers le monde.²³ Par exemple, en Espagne, une bouteille d'eau de Javel fait partie de la trousse de produits d'hygiène et de santé que les détenus reçoivent à leur arrivée en prison et chaque mois par la suite, ou au besoin. En Suisse, des trousse de premiers soins contenant de petites bouteilles d'eau de Javel sont remises aux détenus depuis juin 1991. Il est également possible de se procurer de l'eau de Javel dans certains systèmes pénitentiaires en Allemagne, en France et en Australie, dans des prisons de Belgique, du Luxembourg et des Pays-Bas, dans certains systèmes d'Afrique ainsi que dans au moins un système d'Amérique centrale.²⁴ Dans certains systèmes carcéraux, l'eau de Javel a toujours été accessible en tant qu'agent d'entretien ménager, et son utilisation aux fins de nettoyer le matériel d'injection tolérée par les autorités carcérales. Dans d'autres systèmes, on l'a rendue disponible spécifiquement pour permettre le nettoyage de matériel d'injection, et diverses méthodes d'accès ont été élaborées.

La littérature ne rapporte aucun incident négatif attribuable à la disponibilité d'eau de Javel. Cet état de fait concorde avec l'expérience canadienne. L'eau de Javel a été disponible en milieu carcéral au Canada pendant longtemps, sans que personne n'ait laissé entendre qu'elle constituait une menace à la sécurité des établissements jusqu'à ce qu'elle soit associée à la stérilisation du matériel d'injection. En outre, dans certains établissements, elle est accessible officieusement, et il n'existe aucune preuve que des problèmes en aient résulté.

Le CESP faisait remarquer que «il est nécessaire de mettre de l'eau de Javel à la disposition des détenus parce que ceux-ci ont peu de possibilités de protéger leur santé, et comme cette situation résulte de l'intervention de l'État, celui-ci assume une responsabilité particulière à l'égard de leur santé», ajoutant que «la distribution d'eau de Javel n'équivaut en rien à fermer les yeux sur la consommation de drogues, mais fait plutôt ressortir que dans les établissements correctionnels comme ailleurs, la principale préoccupation de tout effort visant à faire face à la consommation de drogues doit être la santé des personnes en cause et de l'ensemble de la collectivité.»²⁵

Le projet pilote

Un projet pilote de distribution d'eau de Javel s'est amorcé en décembre 1994 dans l'établissement de Matsqui (Colombie-Britannique). Tel qu'indiqué dans le *Rapport annuel 1994-1995* du Programme national sur le sida du SCC, ses buts étaient de:

- permettre au SCC de trouver le meilleur modèle de distribution d'eau de Javel (quantité, concentration, filtrage et emballage);
- suivre la participation et déterminer les utilisations faites de l'eau de Javel;
- mesurer les répercussions sur les pratiques de désinfection des aiguilles;
- noter les problèmes liés à la sécurité.

Activités

Un groupe de travail, incluant Trudi Nichol, coordonnatrice du projet, a:

- développé une stratégie de communication pour tous les membres du personnel de l'institution, incluant un kiosque d'information d'une journée, sur place, afin de susciter leur appui au projet;
- établi une méthode de distribution facile et discrète aux détenus;
- élaboré, avec le soutien du *British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS*, un questionnaire permettant de procéder au suivi de la participation, de l'utilisation et de l'impact sur les pratiques de désinfection des aiguilles;
- distribué 2 fois ce questionnaire: au début et à la fin du projet;
- préparé un vidéo pour expliquer le projet aux détenus et leur montrer comment bien désinfecter une aiguille;

- amorcé la distribution d'eau de Javel le 5 juin 1995.

Résultats du questionnaire aux détenus: début du projet

Bien que les résultats du sondage ne puissent être généralisés à tous les détenus de l'établissement de Matsqui, puisque seulement 182 des 423 occupants (43%) y ont répondu, les résultats étaient probants à plusieurs titres: l'analyse de ces données montre la nécessité d'offrir aux détenus un accès facile à de l'eau de Javel. Elle démontre aussi que la très grande majorité des détenus est favorable à un tel programme, en particulier ceux qui sont les plus exposés à contracter le VIH:

- 54% des répondants s'étaient fait tatouer en prison;
- 21% s'étaient fait percer la peau (*piercing*) en prison;
- 71% rapportaient avoir consommé des drogues intraveineuses. De ce nombre:
 - 12% l'avaient fait uniquement en prison,
 - 20% seulement à l'extérieur, et
 - 68% en prison comme à l'extérieur;
- 89% des répondants disaient avoir partagé une aiguille au moins une fois:
 - 19% des répondants l'avaient fait uniquement avant leur incarcération,
 - 23% uniquement en prison,
 - 47% en prison et à l'extérieur.

La majorité affirmait avoir d'abord nettoyé le matériel d'injection, en prison ou à l'extérieur.

La proportion de détenus en faveur d'un programme de distribution d'eau de Javel est impressionnante: 99% des répondants considèrent «très important» l'accès des détenus à l'eau de Javel; un seul détenu indiquait «pas important du tout». Autre attitude significative, la vaste majorité des répondants indiquaient qu'ils utiliseraient l'eau de Javel si elle leur était remise en prison. Parmi les utilisateurs de drogue intraveineuse qui ont rempli le

questionnaire, un seul répondait qu'il n'utiliserait pas d'eau de Javel.²⁶

Résultats du questionnaire aux détenus: fin du projet

Les résultats du questionnaire initial ont été confirmés par un second questionnaire distribué aux détenus en janvier 1996 (toutefois, comme ceux du premier, les résultats de ce sondage ne peuvent être généralisés puisque seulement 126 détenus ont répondu (35%)).²⁷

- 67% des répondants affirment avoir utilisé des drogues intraveineuses:
 - 17% seulement en prison
 - 2,5% seulement hors de prison;
 - 44,5% en prison et à l'extérieur;
 - 3% ont cessé d'en utiliser.
- 63% affirment s'être fait tatouer ou percer la peau en prison.
- 71% répondaient avoir participé au projet pilote en se procurant des trousse de désinfection:
 - 37% ont utilisé l'eau de Javel principalement pour désinfecter leurs seringues;
 - 18% l'ont utilisée pour désinfecter des seringues et du matériel de tatouage;
 - 14% l'ont utilisée pour la lessive ou d'autres tâches domestiques;
 - 14% n'ont jamais obtenu d'eau de Javel; et
 - les autres l'ont utilisée à d'autres fins ou donnée à quelqu'un.

Autres résultats importants du sondage:

- 94% des répondants (et 99% de ceux qui répondaient s'injecter de la drogue) sont d'avis que toutes les prisons fédérales devraient implanter l'échange de seringues;

- la majorité des répondants qui n'ont jamais subi de test de dépistage du VIH affirment qu'ils s'y soumettraient si le test était complètement anonyme;
- seulement 6% sont d'avis que l'on fait suffisamment pour prévenir la propagation du VIH dans les prisons fédérales;
- 70% sont d'avis qu'il y a un besoin d'accroître l'éducation des détenus;
- 65% considèrent qu'il faut également améliorer l'éducation du personnel; et
- seulement 2% estiment que le projet pilote de distribution d'eau de Javel n'a pas été un succès.

À la question «Selon vous, combien de détenus de cette institution s'injectent de la drogue sur une base régulière?»,

- 2% ont répondu 90% ou plus;
- 8% ont répondu 80-90%;
- 20% ont répondu 70-80%;
- 17% ont répondu 50-70%;
- 16% ont répondu 30-50%;
- 2% ont répondu moins de 30%;
- 30% ont répondu ne pas savoir;
- 5% n'ont pas donné de réponse.

Parmi les répondants qui ont affirmé s'injecter de la drogue:

- 84% affirment avoir toujours désinfecté leurs seringues et matériel de tatouage avec de l'eau de Javel avant utilisation ;
- 93% estimaient qu'ils savaient comment bien désinfecter une seringue;
- 19% possèdent leur propre matériel et ne le partagent jamais;

- 41% possèdent leur propre matériel et le partagent avec d'autres détenus;
- 35% ne possèdent pas de matériel et utilisent toujours celui des autres;
- 6% disent consommer de la drogue approximativement chaque jour, en prison;
- 21% disent en consommer de 2 à 3 fois par semaine;
- 27% disent en consommer 1 fois par semaine;
- 31% disent en consommer de 1 à 3 fois par mois;
- les autres disent en consommer moins fréquemment;
- 90% avaient subi un test de dépistage des anticorps au VIH (56% au cours des 6 derniers mois); d'entre eux, 3% avaient reçu un sérodiagnostic positif;
- 46% avaient subi un test de dépistage de l'hépatite C et 20% avaient reçu un diagnostic positif;
- 18% répondaient avoir déjà partagé une aiguille avec une personne vivant avec le VIH;
- 33% répondaient avoir déjà partagé une aiguille avec une personne atteinte d'hépatite C.

Questionnaire au personnel

Un autre questionnaire était distribué aux membres du personnel, mais seulement avant le projet. Comme seulement 49 des 220 questionnaires ont été retournés à la responsable, les résultats ne peuvent être généralisés à l'ensemble du personnel:

- 86% des employés qui ont répondu exprimaient une inquiétude face à la propagation du VIH dans l'établissement; 92% étaient inquiets de sa propagation à la communauté en général;
- 63% exprimaient l'opinion qu'il est important de fournir de l'eau de Javel aux détenus, comme mesure préventive;
- 51% ne s'inquiétaient pas du tout du fait que des bouteilles d'une once d'eau de Javel soient distribuées dans l'établissement.

Certains employés se sont opposés à la distribution d'eau de Javel, soit parce qu'elle équivaudrait selon eux à fermer les yeux sur la consommation de drogue, soit parce qu'ils étaient inquiets qu'elle soit utilisée comme arme. Par ailleurs, étonnamment, plusieurs employés considèrent que de chercher la meilleure façon de distribuer de l'eau de Javel aux détenus constitue une perte de temps, et qu'il vaudrait mieux leur donner accès à un programme d'échange de seringues.²⁸ Certains employés ont dit se sentir «moins menacés par un programme d'échange de seringues que par la distribution d'eau de Javel, alors que d'autres ont exprimé le contraire».²⁹ De manière générale, le changement d'attitude des employés entre le début et la fin du projet a été «très perceptible».

Conclusion

La coordonnatrice du projet terminait son rapport en notant que le projet avait été un succès extrêmement réjouissant, que le personnel et la direction de l'établissement avaient été d'un grand appui et qu'elle espérait que d'autres institutions rencontreraient le même succès.³⁰

Implantation de la distribution d'eau de Javel au niveau national

Suite à la décision d'activer l'implantation de la distribution d'eau de Javel et du dépistage anonyme dans tous les établissements fédéraux, le Groupe de travail national - Distribution d'eau de Javel et tests de dépistage anonymes du VIH a été établi avec le mandat de concevoir des programmes fonctionnels de distribution d'eau de Javel et de dépistage anonyme du VIH, et de développer des lignes directrices nationales qui assureront l'application uniforme de ces deux programmes à travers le Canada.

Le 21 juin 1995, M. John Edwards, Commissaire du SCC à cette époque, a effectué un bref passage à la réunion du groupe de travail pour exprimer son «appui complet» à l'égard du travail du groupe. Il a mentionné que le nombre de cas rapportés de VIH/sida dans les prisons fédérales canadiennes est en hausse constante. Il soulignait qu'en tant qu'êtres humains, les détenus méritent d'être protégés. «Nous croyons nécessaire de respecter les besoins des contrevenants», affirmait-il, ajoutant n'avoir «aucun doute sur notre devoir de protéger les détenus, le personnel correctionnel et le public.» M. Edwards signalait aussi qu'il incombe au SCC une responsabilité en matière de santé publique à l'égard des communautés vers lesquelles retourneront les détenus: «Quelles que soient nos préoccupations [face à la distribution d'eau de Javel aux détenus], elles sont supplantées par les préoccupations de santé publique.» Il insistait aussi sur le fait que la disponibilité d'eau de Javel n'entre pas en conflit avec la stratégie du SCC en matière de drogue: «Nous devons parvenir à bien nous acquitter des deux» concluait-il, «protéger la santé des détenus, du personnel et du public, aussi bien que poursuivre les efforts du SCC pour réduire la consommation de drogue dans les prisons.»

Au moment de la rédaction du présent document, quoique la distribution de trousse d'eau de

Javel n'avait pas été amorcée dans les institutions (autres que celle où a eu lieu le projet pilote), l'élaboration d'un programme national de distribution de trousse d'eau de Javel avait été complétée et l'on s'attendait à ce que la distribution elle-même commence sous peu. Le commissaire du SCC a prévu la fin de septembre 1996 comme date limite pour l'entrée en vigueur du programme de distribution dans tous les établissements au pays. Des rapports sur les progrès de l'application du programme seront remis mensuellement au commissaire.³¹

Tel qu'exprimé par le SCC, le développement d'un cadre pour l'application de la distribution d'eau de Javel s'est avéré une tâche complexe impliquant le développement d'un mécanisme permettant de travailler en étroite collaboration avec le personnel des régions, pour garantir l'uniformité de l'approche et l'application des mesures dans chaque établissement.³² Au cours de la Phase I, une méthode sécuritaire, pratique et efficace de distribution de trousse d'eau de Javel aux détenus de tous les établissements a été élaborée selon des lignes directrices nationales. Les membres du groupe de travail national ont abordé:

- les aspects relatifs à la santé (élaboration des directives sur l'utilisation de l'eau de Javel, premiers soins pour le personnel et les détenus, contenu de la trousse, promotion d'une philosophie de réduction des méfaits); et
- les aspects relatifs à la logistique (approvisionnement, entreposage du matériel et des produits, méthode de filtration et de décantation de l'eau de Javel, méthode de distribution aux détenus, doses de rechange, élaboration d'une approche de communications à l'intention du personnel et des détenus, élaboration d'une trousse éducative sur le programme.

Au cours de la Phase II, après consultation avec les syndicats, la trousse d'éducation a été utilisée comme base pour un cours de formation donné par région par des membres du groupe de travail aux coordonnateurs désignés par les établissements. Après ce cours, chaque coordonnateur est responsable de l'application du programme dans son institution conformément aux lignes directrices nationales.

Accès accru au dépistage et protection de la confidentialité

Historique

Dans son rapport, le CESP recommandait:

- que tous les détenus d'établissements fédéraux aient la possibilité de subir à leur demande un test de détection des anticorps anti-VIH;
- que ce test soit toujours conforme à la volonté du détenu et précédé et suivi de séances de counselling et d'éducation;

- que tous les détenus aient accès à ce test auprès du personnel médical du SCC, aussi bien que d'un centre de soins primaires indépendant ou d'une clinique communautaire indépendante; et
- que tous les détenus aient la possibilité de subir un test anonyme.³³

Le CESP a expliqué que l'accès au dépistage anonyme et non-nominal est important parce que plusieurs détenus n'ont pas recours au dépistage en prison, de peur que leur résultat ne soit immédiatement connu de tout le monde dans l'établissement.³⁴

Le mandat du groupe de travail national

À la première réunion du Groupe de travail national - Distribution d'eau de Javel et tests de dépistage anonymes du VIH, un modèle pour le dépistage anonyme a été présenté par Alison McConnell, qui mène un programme de dépistage anonyme du VIH dans une prison provinciale de la Saskatchewan depuis déjà quelques années. Le groupe de travail reconnaît l'importance d'offrir aux détenus la possibilité de subir un test de dépistage anonyme, mais il a identifié un certain nombre de questions qui méritent d'être discutées et analysées davantage, par exemple leur coût et leur faisabilité dans certaines provinces où ce type de dépistage n'est pas offert même à l'extérieur des prisons. Il exprimait aussi la nécessité que le dépistage anonyme s'accompagne d'efforts pour améliorer la qualité et l'accessibilité des tests de dépistage et des services de counselling dispensés par le personnel médical des prisons. Il s'accordait à dire que l'introduction du dépistage anonyme ne peut pas aller sans:

- des mesures visant à améliorer le dépistage déjà offert;
- des mesures pour introduire le dépistage non-nominal.

Le groupe exprimait également un consensus à l'effet que la question du dépistage ne peut être traitée séparément de celle de la confidentialité, et qu'une meilleure protection de la confidentialité des renseignements médicaux sur les détenus doit faire l'objet d'une priorité absolue: les détenus doivent sentir que le pouvoir leur appartient quant à la décision et au moment de révéler leur sérodiagnostic à d'autres personnes. Il exprimait aussi l'avis que la disponibilité de soins, traitement et soutien constitue le meilleur incitatif pour que les détenus se portent volontaires au dépistage et ne cachent pas leur sérodiagnostic. Il est clair que si les détenus sentent que, advenant un sérodiagnostic positif, ils ne seront pas stigmatisés ou l'objet de discrimination, et qu'ils auront accès à des soins, du traitement et du soutien, ils désireront connaître leur statut sérologique. Pour ces raisons le groupe insistait sur l'importance de combattre activement la discrimination contre les détenus vivant avec le VIH/sida et de leur offrir, en matière de soins, traitement et soutien, l'équivalent de ce qui existe dans le reste de la société.

Un plan d'action a été mis en place par le groupe, prévoyant entre autres:

- l'élaboration d'un dépliant à l'intention du personnel correctionnel sur le dépistage, la confidentialité, l'absence d'un «besoin de savoir» le statut sérologique des détenus, et sur le risque ou l'absence de risque de transmission du VIH;
- la formation du personnel médical des prisons sur le VIH/sida, sur diverses options de dépistage, le counselling pré- et post-test ainsi que sur la confidentialité; une partie de cette formation devrait être offerte par des groupes communautaires et des personnes vivant avec le VIH/sida;
- la formation de tous les employés du SCC relativement au VIH/sida, qui devrait d'ailleurs faire dorénavant partie de l'entraînement de base de tous les nouveaux employés, incluant les agents de correction. Ils ont besoin d'apprendre comment se comporter avec les détenus vivant avec le VIH/sida tout en respectant leurs droits et leur dignité; de savoir qu'il n'y a pas de risque de transmission du VIH dans la plupart des contacts avec des détenus vivant avec le VIH/sida; de comprendre l'importance du respect de la confidentialité des renseignements médicaux;
- l'identification des problèmes dans chacun des établissements: dans chaque prison, le personnel de santé devrait se réunir pour discuter et revoir comment l'information médicale est traitée, afin de repérer et de documenter les obstacles à la protection de ces renseignements, et d'y trouver des solutions concrètes;
- l'élaboration de procédures modèles pour la protection des dossiers médicaux contre la divulgation, doublée d'un programme d'application stricte;
- l'élaboration de procédures modèles pour le personnel d'escorte, établissant des directives claires quant au besoin de lui divulguer ou non des renseignements médicaux et, le cas échéant, sur les situations précises permettant cette divulgation.

Obstacles

Il faut toutefois noter que le groupe de travail a eu sa dernière conférence téléphonique au début de l'automne 1995 et que le travail sur cette initiative a été suspendu depuis lors. Tandis que l'on prévoit que le travail reprendra vers la fin de 1996 ou le début de 1997, le succès de l'opération est menacé par la confusion qui existe au sein du SCC, sur la question de savoir si, et dans quels cas précis, la divulgation du statut sérologique d'un détenu est justifiée. Tel que démontré par un avis juridique du 30 janvier 1996 préparé par les Services juridique du

SCC,³⁵ et par une lettre de Jacques Roy, ex-chef des Services médicaux du SCC, le Service correctionnel du Canada tend à considérer que l'information médicale sur un détenu est la propriété du Service, à qui il appartient de décider à quelles fins appropriées l'utiliser.³⁶ Le SCC considère que tous les contractants ou employés de santé du SCC ont le devoir de rapporter toute information médicale dont ils sont au courant et/ou qu'ils possèdent, lorsque cette information est pertinente à une décision concernant la libération ou lorsqu'il y a raison de croire que le détenu représente une menace sérieuse ou immédiate à leur sécurité ou à celle d'autres personnes.³⁷

Commentaire

La divulgation du statut sérologique est justifiée dans certains cas exceptionnels, mais l'autorisation de divulgation dans les autres cas serait contraire aux lois canadiennes, aux réponses mêmes du SCC aux recommandations contenues dans le rapport final du CESP et à l'avis du Groupe de travail. Une telle divulgation serait particulièrement contre-productive parce qu'elle dissuaderait les détenus de se porter volontaires au dépistage du VIH ou de communiquer des renseignements sur leur statut sérologique au personnel de santé ou à d'autres personnes de l'établissement. Ceci démontre d'une part l'importance d'offrir le dépistage anonyme aux détenus, et entrave d'autre part les efforts pour améliorer la qualité et l'accessibilité du dépistage et du counselling par le personnel médical des établissements.

Programme de promotion de la santé par les pairs

Historique

Dans son rapport, le CESP insistait sur l'importance d'éduquer les détenus sur le VIH/sida et recommandait:

- que tous les détenus reçoivent de la documentation écrite sur le VIH/sida;
- que chaque détenu, dans le cadre du programme d'admission, puisse participer à des séances d'information sur le VIH/sida;
- que des séances d'éducation sur le VIH/sida soient offertes régulièrement aux détenus;
- que la participation à ces séances soit obligatoire pour tout détenu nouvellement admis dans le système carcéral et que la participation subséquente soit facultative mais vivement encouragée;
- que les programmes d'éducation tiennent compte des besoins des détenus handicapés, des différences culturelles et linguistiques et du niveau

d'alphabétisation.³⁸

Le comité soulignait que l'éducation par les pairs et les séances d'éducation offertes par des organismes externes seraient mieux reçues par les détenus que l'éducation fournie par le personnel du SCC, ajoutant que: «Même s'il est essentiel de concevoir de bons programmes internes, ceux-ci doivent bénéficier de l'intervention de groupes externes et de pairs et être élaborés en collaboration avec des groupes externes, le personnel correctionnel et les détenus.»³⁹ Par conséquent, le comité recommandait en outre:

- que des organismes communautaires de l'extérieur en matière de santé, de sida ou d'aide aux détenus soient invités à animer ces séances ou à compléter l'information offerte;
- que les détenus soient encouragés et aidés à mettre au point et à exécution leurs propres programmes d'information, de counselling et d'entraide;
- que dans chaque établissement, le SCC confie un ou plusieurs postes de conseiller en santé à des détenus qui seraient formés à cet effet, appuyés et évalués.⁴⁰

Dans sa réponse au rapport du CESP, le SCC a accepté de «poursuivre et d'améliorer les programmes d'éducation déjà en place» en accentuant l'éducation sur le VIH/sida à l'admission et de manière régulière au cours de l'incarcération; et d'encourager et d'aider des groupes communautaires de lutte contre le sida, de santé ou d'aide aux détenus, à offrir des séances d'éducation.⁴¹ En outre, le SCC a accepté de mener un programme pilote rémunéré de promotion de la santé par les pairs.

Projet pilote de promotion de la santé des détenus par les pairs

Sida Nouveau-Brunswick (Sida N.-B.), un groupe communautaire de prévention et de soutien qui avait déjà accompli du travail d'éducation et de soutien à l'établissement Dorchester, a déposé une soumission de projet pilote. Sa proposition a été acceptée par le SCC pour financement et le travail s'est amorcé en février 1995.

Tel que le précise Caroline Ploem, coordonnatrice de ce projet de 15 mois, le Projet CAN (*Cons AIDS Network Peer Education Project*) visait «à développer, mettre en application et évaluer un modèle durable d'éducation par les pairs et un modèle de soutien où les détenus transmettent à leurs codétenus l'information, la motivation et les aptitudes nécessaires pour se protéger contre la transmission du VIH et d'autres agents infectieux, et offrent du soutien à ceux qui vivent avec le VIH ou le sida».⁴² Ce premier programme pilote du genre mené au Canada pourrait être adapté et appliqué dans les prisons à travers le pays.

Ce programme implique le développement et l'implantation d'un programme de formation sur le sida, à l'intention des détenus qui sont intéressés à devenir éducateurs. Vingt-quatre détenus ont présenté une demande pour participer au stage de formation; les onze d'entre eux qui répondaient aux critères établis ont été acceptés comme stagiaires au programme interactif de 4 semaines, axé spécifiquement sur les détenus. Ploem déclare que:

le niveau d'intérêt, d'enthousiasme et d'implication démontré par le groupe était évident. L'assiduité a été excellente et aucun des participants n'a abandonné. Tous les détenus ont complété avec succès le mois complet du programme de formation détaillée de quelque 120 heures.⁴³

À la suite de cette formation, 2 détenus ont été embauchés comme coordonnateurs à temps plein du Projet CAN et ont reçu une préparation personnelle supplémentaire de 4 semaines. Ils jouent un rôle important de supervision, qui consiste à coordonner l'éducation continue et seconder les autres détenus qui ont complété le programme de formation et sont maintenant pairs éducateurs.

Les coordonnateurs, en collaboration avec les pairs éducateurs, ont développé et mis sur pied diverses initiatives de prévention et de soutien. En plus de distribuer des condoms et de l'information sous forme de brochures, de manuels et de matériel audiovisuel, ils offrent de l'éducation et du soutien sur une base individuelle. Ils organisent aussi des séances d'information de groupe et des ateliers interactifs dans la prison, où ils ont recours à diverses approches interactives d'éducation et de sensibilisation développées à l'intention spécifique des détenus, incluant des jeux et des concours. Les coordonnateurs publient aussi un bulletin mensuel, participent à un groupe de soutien pour les détenus vivant avec le VIH/sida, entretiennent une correspondance écrite avec des détenus séropositifs d'autres établissements de la région atlantique du SCC, totalisant quelque 50 heures de bureau par semaine.

L'évaluation du programme est effectuée par un questionnaire test portant sur les aspects de connaissances, d'attitudes et de comportements (triade *CAC*, en anglais *KAB*), effectué avant le début du programme et 3 mois après sa mise en application. Les questionnaires ont été menés verbalement en présence de petits groupes, par des employés de Sida N.-B. avec l'aide des pairs éducateurs, et complétés respectivement par 118 et 80 détenus. Les analyses qualitatives du contenu et du processus d'éducation par les pairs font foi de bénéfices indéniables. Les résultats de l'analyse quantitative de l'impact de l'éducation par les pairs et des initiatives de soutien quant aux connaissances, aux attitudes et comportements de l'ensemble de la population carcérale seront disponibles à l'été 1996.

On a aussi préparé un manuel de formation à l'intention d'autres organisations communautaires et d'autres prisons, contenant des lignes directrices sur l'organisation, l'implantation, l'évaluation et le soutien de ces programmes dans les établissements

correctionnels. En plus de présenter des stratégies de facilitation, le manuel comprend un certain nombre d'éléments d'accompagnement (acétates, dépliants) et d'exercices développés spécialement pour l'éducation des détenus sur le sida.

L'un des aspects cruciaux dans le succès de ce projet réside dans l'implication d'une diversité d'intervenants clés. Des détenus séropositifs et séronégatifs ont joué un rôle indispensable dans toutes les phases du projet. La coordonnatrice a aussi travaillé en collaboration avec un comité consultatif national et un comité consultatif dans l'établissement. Selon Ploem, le Projet CAN a été en général très bien accueilli par les détenus, l'administration de l'établissement et le personnel: «L'évaluation du contenu et de la démarche du programme de formation démontrent une amélioration des connaissances, des attitudes et des aptitudes de tous les participants.»⁴⁴

Révision de la Directive du Commissaire No 821: maladies infectieuses

Historique

Dans son rapport, le CESP critiquait nombre de dispositions de la Directive du Commissaire No 821: maladies infectieuses, et recommandait qu'elle soit changée ou revue.

Une directive révisée

Au moment d'aller sous presse, une révision complète de la Directive No 821 était en complétion et l'on s'attendait à ce qu'elle soit acceptée sous peu. La nouvelle Directive tient compte de plusieurs critiques et recommandations du CESP, mais en délaisse d'autres.

Trop peu, trop lentement: critiques répétées et croissantes à l'égard de la réaction du SCC

Rejet de recommandations déterminantes

Il est très frustrant de constater que le SCC n'a accepté du CESP que les recommandations considérées comme *politically correct* ou moins susceptibles de choquer les politiciens et l'opinion publique. Je ne crois pas que les décideurs ont considéré les vies de ceux qui sont les plus affectés par leurs décisions: à cause de leur refus d'accepter les autres recommandations, plusieurs détenus seront infectés. ... Si l'on espère réduire la propagation du VIH dans nos prisons, il faudra que ces décisions soient revues.⁴⁵

Le SCC a reçu des félicitations pour ses décisions d'implanter la distribution d'eau de Javel à l'échelle nationale, d'augmenter l'accès au dépistage du VIH, de financer le projet de promotion de la santé par les pairs, de réviser la Directive du Commissaire No 821 et, de façon générale, pour avoir accepté plusieurs recommandations du CESP. Cependant, il a été critiqué pour avoir rejeté d'autres parties fondamentales du plan du CESP. Il a notamment:

- refusé de permettre l'utilisation de matériel de tatouage dans les établissements, de fournir aux détenus de l'information sur la prévention des dangers liés au tatouage, et d'éduquer les détenus qui offriraient ce service à d'autres détenus, sur la manière d'utiliser le matériel de tatouage de manière sécuritaire;
- refusé de supprimer l'interdiction de l'activité sexuelle consensuelle entre détenus;
- refusé d'étudier la possibilité de confier à des organismes de l'extérieur la prestation de services de santé en milieu carcéral;
- refusé de mettre en oeuvre des programmes d'entretien à la méthadone, en prétendant «qu'il n'existe pas d'indication médicale à l'appui au sein d'établissements correctionnels fédéraux et qu'il existe relativement peu de programmes d'entretien, à l'extérieur des établissements du SCC, accessibles après leur libération aux détenus ayant une dépendance à l'égard de la drogue.»;
- refusé d'implanter des programmes pilotes d'échange de seringues dans les établissements fédéraux.

Le groupe torontois PASAN considère que

le SCC a choisi d'ignorer la question de l'usage des drogues injectables et le risque élevé de transmission du VIH par les aiguilles dans le milieu carcéral. Comment le SCC peut-il admettre qu'il y a un problème de drogue dans les prisons et continuer à refuser même l'essai d'un projet pilote d'échange de seringues pour les prisonniers? C'est une contradiction qui entraînera des pertes de vies.⁴⁶

Des critiques semblables sont venues d'organisations telles que la Société canadienne du sida⁴⁷ et le *Kingston AIDS Project*,⁴⁸ de médecins et de représentants des médias. Un éditorial du *Vancouver Sun* a accusé «le système pénitentiaire de faire preuve de complaisance face au sida», ajoutant que

s'il y a une leçon quelconque à tirer du tollé continu que suscite la réaction mitigée de la Croix-Rouge devant la menace de transmission du sida par la

réserve de sang, c'est que de telles attitudes [comme celles manifestées par la réponse du SCC au rapport] peuvent être meurtrières.⁴⁹

Les répondants au *Document de travail* ont également critiqué le refus du SCC à l'égard de certaines des plus importantes recommandations du CESP. Selon le comité des détenus d'un établissement de la Région pacifique du SCC,

le SCC a l'air ridicule en distribuant des condoms mais pas de seringues. Nous sommes d'avis que beaucoup plus de gens sont en danger de contracter le VIH par l'usage de drogue injectable que par les pratiques sexuelles.⁵⁰

L'absurdité de la réponse du SCC à la question du tatouage a aussi été soulignée par plusieurs répondants. Tel qu'indiqué ci-dessus, le SCC a convenu de permettre aux détenus d'avoir recours à des services professionnels de tatouage à leurs frais. Il semble qu'à ce jour, aucun détenu ne se soit prévalu de ce droit, pour des raisons évidentes. Selon Ploem, «[c]onsidérant les revenus des détenus et le fait que le tatouage fait tellement partie de la culture carcérale, le recours à des artistes tatoueurs professionnels est purement illusoire».⁵¹ Les détenus abondent dans ce sens, soulignant qu'ils gagnent en moyenne environ 40\$ par deux semaines et que «c'est ridicule de croire que nous pouvons nous permettre d'engager un tatoueur professionnel».⁵² Pendant ce temps, le tatouage demeure pratique courante: dans un sondage du SCC auprès des détenus, 45% des répondants ont affirmé s'être fait tatouer en prison.⁵³ Vu le rejet des recommandations du CESP, le tatouage continue d'exposer les détenus à la transmission d'infections: 8% des détenus qui se sont fait tatouer en prison ont affirmé qu'ils ne croyaient pas que le matériel de tatouage était stérile et sécuritaire.⁵⁴

Application inconsistante

Inquiétude peut-être encore plus grande pour moi: le SCC a accepté plusieurs recommandations du CESP et déclare publiquement que les condoms sont disponibles dans les établissements, que l'eau de Javel est officiellement disponible dans un établissement et officieusement dans d'autres, et que la confidentialité des renseignements médicaux sur les détenus est respectée. La vérité cachée est totalement différente. Par exemple, dans certaines prisons les condoms sont disponibles seulement à l'occasion, et il n'y a pas de lubrifiant à base d'eau. Et je pourrais en dire long sur la confidentialité; honnêtement, j'en ai assez de répéter l'importance de garder confidentiels les renseignements médicaux et combien elle n'a pas l'air d'être comprise, et de combien de façons elle n'est pas respectée.⁵⁵

En plus de rejeter certaines des plus importantes recommandations du CESP, le SCC a négligé de s'assurer que certaines de celles qu'il a acceptées soient appliquées dans tous ses établissements, tel que démontré par ces exemples:

Condoms, digues dentaires et lubrifiant

L'accès aux condoms n'est pas facile et discret dans tous les établissements; le lubrifiant n'est souvent pas disponible, même là où les condoms le sont. Ceci est confirmé par les résultats du sondage du SCC auprès des détenus: à la question sur la disponibilité de condoms dans leur établissement, 56% des répondants étaient affirmatifs, mais jusqu'à 21% (Région des Prairies du SCC) répondaient par la négative alors que le reste a dit ne pas être au courant.⁵⁶ Plusieurs des répondants du *Document de travail* se sont plaints d'un manque d'accès:

Actuellement, à [l'établissement de] William Head, des condoms sont disponibles dans le secteur de la salle d'attente de l'unité de soins médicaux. Cette disponibilité nous console d'une certaine manière, mais elle a cours dans un endroit situé à la vue du personnel médical ou de quiconque peut se trouver derrière la fenêtre miroir. Tout détenu qui désire des condoms se préoccupe ainsi d'être aperçu par le personnel et pourrait donc préférer ne pas avoir recours à la prévention, de peur de subir de la discrimination par la suite.⁵⁷

Les condoms ne sont pas directement accessibles, même si le SCC a rassuré tout le monde en 1994, en affirmant qu'ils étaient dispensés régulièrement ... [L]es condoms ont été disponibles pendant environ un an, et puis ça s'est arrêté. Aux questions sur cette situation, on laissait entendre que ... [ils n'étaient] plus disponibles en raison de coupures budgétaires dans tous les départements.⁵⁸

J'attends toujours le jour où du lubrifiant à base d'eau sera rendu disponible, comme ils persistent à dire qu'ils en ont l'intention!⁵⁹

Tel que souligné par le Dr Christiane Richard dans sa réponse au *Document de travail*:

Des directeurs de pénitenciers, des administrateurs à tous les échelons de la hiérarchie administrative, ayant des valeurs et des croyances différentes de celles prônées par le CESP, résistent à la mise en application des directives du commissaire concernant les condoms, par exemple, soit en l'appliquant très lentement, ou en négligeant le suivi sur l'application de cette directive, ou en la mettant très bas dans la liste de leurs priorités.⁶⁰

Confidentialité

Dans certaines prisons, des membres de l'administration, des agents de correction et des membres du personnel d'escorte insistent encore pour que le personnel de santé les notifie de chaque détenu dont ils connaissent la séropositivité. La confusion quant à la confidentialité des renseignements médicaux relatifs au VIH s'est accrue depuis la publication d'un avis

juridique rédigé par les Services juridiques du SCC.⁶¹ Cet avis sous-entend que le SCC a une obligation de divulguer de l'information sur le statut sérologique de détenus dans un assez large spectre de cas, contrairement aux recommandations du rapport final du CESP et à sa *Documentation*. L'incertitude sur la question de devoir ou non divulguer des renseignements médicaux est particulièrement grande parmi les professionnels à l'emploi du SCC et qui sont soumis à des obligations de confidentialité imposées par leurs professions.

L'avis juridique a eu des répercussions également dans le domaine de la supervision des libérations conditionnelles: depuis février 1996, PASAN et la HIV/AIDS Legal Clinic Ontario (HALCO) reçoivent des appels de personnes en liberté sous condition à qui des agents de ce secteur ont demandé de révéler leur statut sérologique et affirmé qu'ils notifieraient leurs partenaires sexuels en cas de séropositivité. Les deux organismes ont ensuite appris que l'avis juridique avait été distribué aux agents de libération conditionnelle et superviseurs de toutes les régions de l'Ontario, en laissant apparemment chaque superviseur établir sa propre politique locale sur la base de son interprétation du document. En conséquence, les agents de libération conditionnelle de la région métropolitaine torontoise ont reçu la directive de questionner les candidats sur leur statut sérologique au VIH et, si nécessaire, de procéder à la notification de leur(s) partenaire(s).

PASAN, HALCO et maints organismes provinciaux et nationaux ont depuis exprimé leur inquiétude quant aux effets de cette directive sur les personnes en liberté sous condition, spécialement celles qui sont séropositives.

Traitements expérimentaux ou alternatifs

Les traitements expérimentaux ou alternatifs ne sont la plupart du temps pas accessibles aux détenus vivant avec le VIH.

Toutes les personnes vivant avec le VIH/sida avec lesquelles j'ai parlé ont affirmé que leurs demandes de traitement homéopathiques, par exemple contre la douleur chronique attribuable au VIH/sida, ont été refusées pour cause de restrictions budgétaires.⁶²

Libération compassionnelle

La recommandation du CESP à l'effet que les détenus souffrant de maladies évolutives qui peuvent être mortelles, incluant le sida, soient libérés plus tôt, avant de n'être en phase terminale, s'ils ne présentent pas de danger pour la sécurité du public, a été appliquée de manière inégale.

Ces exemples du manque d'uniformité dans l'application des recommandations du CESP ne sont pas déplorés que par des détenus, mais aussi par des employés des services de santé,

qui se plaignent que le SCC n'applique pas ses propres règlements. Plusieurs soutiennent que le SCC devrait émettre des directives claires et des dénominateurs communs applicables à l'échelle nationale, et charger les administrations d'établissements de les appliquer avec rigueur et promptitude.

Une guerre contre la drogue, non contre le sida

Dans son rapport final, le CESP constatait que:

il n'est pas réaliste de supposer que l'usage de drogues injectables puisse être entièrement supprimé en milieu carcéral malgré les efforts du SCC pour prévenir la consommation de drogues en ess[ay]ant d'empêcher celles-ci d'entrer dans les établissements, en éduquant les détenus sur les dangers qui peuvent être liés à la consommation de drogues, et en offrant des traitements aux consommateurs de drogues.⁶³

Ayant constaté que la plupart des administrateurs, des employés et des détenus souscrivent à cette évaluation, le CESP s'était attardé considérablement à examiner en détail les mesures possibles pour réduire les méfaits de l'usage de drogue dans les établissements fédéraux. Il a recommandé diverses mesures spécifiques à ces fins, y compris des programmes d'entretien à la méthadone et un projet pilote dans au moins un établissement, sur la distribution d'aiguilles stériles.

Quelques mois seulement après la publication du rapport final du CESP, au lieu d'appliquer ces recommandations, le SCC annonçait une stratégie pour combattre la drogue dans les pénitenciers fédéraux qui, à bien des égards, est en contradiction avec les recommandations du Comité. Dans le cadre de cette stratégie:

- le recours à des tests d'urine au hasard, pour détecter la consommation de drogue, est «considérablement» accru dans les institutions fédérales;
- la fouille des visiteurs est effectuée plus fréquemment;
- des chiens spécialement entraînés sont utilisés pour la détection de drogue;
- la formation en matière de détection de drogue et sur la législation régissant la fouille et la saisie a été accrue;
- les visiteurs qui essaient d'introduire la drogue dans les institutions s'exposent non seulement à des accusations criminelles, mais aussi à se voir interdire les visites dans les pénitenciers fédéraux;

- il devient «plus probable» de porter des accusations contre les détenus impliqués dans le trafic de drogue;
- des dispositions sont prises pour «attirer l'attention du pouvoir judiciaire sur l'impact sérieux du trafic de drogue et de l'abus de drogue dans les pénitenciers fédéraux»; et finalement,
- on s'est engagé à offrir aux détenus un meilleur accès aux programmes de désintoxication.

La Présidente nationale du Syndicat des employés du Solliciteur général, Mme Lynn Ray, exprimait dans sa réponse au *Document de travail* l'opinion qu'il faudrait prendre des mesures encore plus radicales pour endiguer l'entrée de drogue dans les établissements: «Il faut adopter une approche cohérente, pratique et maniable pour le contrôle de l'entrée de drogues dans les établissements.»⁶⁴ Nombreux sont ceux qui, cependant, s'opposent à de telles mesures (à l'exception de celle qui touche l'amélioration de l'accès aux programmes de traitement), en expliquant qu'elles sont fort dispendieuses, intrusives, et qu'en bout de ligne elles pourraient être inutiles et même contre-productives.

Coûts: allocation de ressources limitées

Quoiqu'il soit aujourd'hui généralement reconnu que la propagation du VIH est un danger plus grand pour la santé individuelle et publique que la consommation de drogue en soi, le SCC dépensait en 1995-96:

- 1 200 000\$ pour son programme d'analyse d'urine;
- 1 000 000\$ pour d'autres volets de sa stratégie anti-drogue; et
- seulement 175 000\$ à ses quartiers généraux nationaux d'Ottawa pour l'ensemble du programme de lutte contre le sida, ainsi qu'une somme non connue pour l'ensemble des médicaments et traitements contre le VIH/sida, de l'éducation et de la formation du personnel et des détenus en matière de VIH/sida.

Au surplus, le SCC a dépensé 5 656 324\$ (en 1994-95) pour les programmes de traitement des usagers de drogue dans les établissements et la communauté.⁶⁵ De toute évidence, le SCC accorde une importance beaucoup plus grande à sa stratégie anti-drogue qu'à la lutte contre le sida et d'autres maladies infectieuses: il a implanté une stratégie contre la drogue et négligé d'en faire autant en ce qui concerne le sida, et il affecte à la lutte contre la drogue des fonds de plus de 10 fois supérieurs à ceux affectés au sida. Le programme d'analyse d'urine implique à lui seul des coûts supérieurs à ceux de réactions appropriées de santé publique à l'usage de drogue, notamment des programmes de réduction de l'usage de drogue et des

programmes de réhabilitation dans tous les établissements, évalués par des intervenants indépendants .⁶⁶

Réduction de l'usage de drogue

Il reste à voir quels effets à long terme les mesures répressives de la stratégie anti-drogue du SCC auront sur les niveaux d'usage de drogue. Le dépistage de drogue devrait en théorie réduire son usage en prison, puisque les détenus devraient en être dissuadés par peur de mesures disciplinaires. Les données mises de l'avant par le SCC montrent que, du dernier trimestre de 1993 au dernier trimestre de 1994, il a effectivement eu réduction du pourcentage de détenus obtenant des résultats positifs au dépistage de drogue, de 33% à 21%. Sans autres données, il est toutefois impossible de tirer des conclusions fiables de ces chiffres, puisqu'ils n'ont pas été décortiqués par établissement et par motif de dépistage.⁶⁷ Loin d'indiquer une baisse des niveaux d'usage de drogue, ces données pourraient n'indiquer qu'un élargissement de l'échantillonnage du dépistage: un échantillonnage plus réaliste de l'ensemble de la population carcérale plutôt qu'un échantillonnage où les utilisateurs de drogue ont pu avoir été surreprésentés. En outre, quoique initialement le pourcentage de résultats positifs avait diminué, il demeure relativement stable depuis ce temps: en 1995, 17,5% de 5 074 tests au premier trimestre, contre 17% de 7 239 tests au dernier trimestre, étaient positifs.

TABLEAU: dépistage de drogue en prison

Trimestre	Résultats négatifs	Résultats positifs	Nombre des tests effectués	% de résultats positifs
4Q93	315	156	471	33%
1Q94	762	279	1041	26%
2Q94	1272	500	1772	28%
3Q94	2025	650	2675	24%
4Q94	3070	829	3899	21%
1Q95	4183	891	5074	17.5%
2Q94	4758	944	5702	16.5%
3Q95	5268	1041	6309	16.5%
4Q95	5997	1242	7239	17%
TOTAL	27650	6532	34182	19%

Les réponses des détenus au sondage du SCC ont confirmé que si le programme d'analyse d'urine a pu réduire l'usage de drogue, ce n'est que dans une faible mesure:

- seulement 13% ont répondu qu'il y avait eu une réduction importante de l'usage de drogue;
- 32% répondaient qu'il y avait eu une réduction minime;
- toutefois, selon la majorité des détenus (55%), le programme d'analyse d'urine n'avait pas eu d'impact sur la prévalence de l'usage de drogue parmi les détenus.⁶⁸

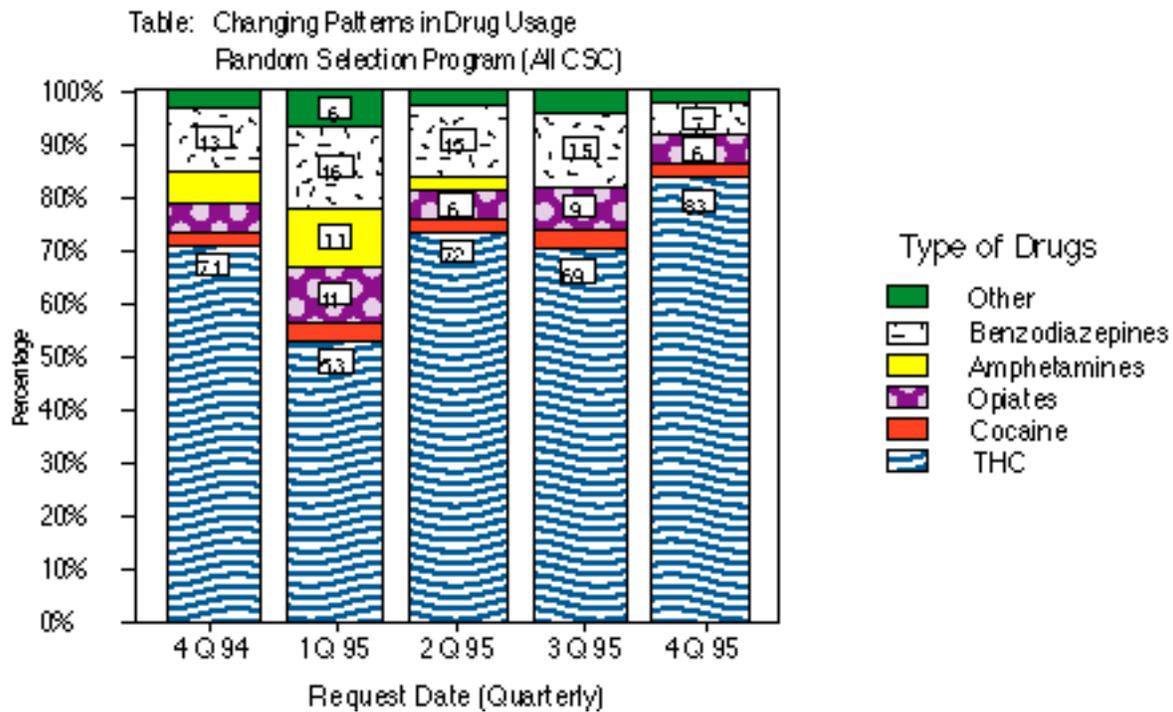
Même s'il y avait effectivement eu diminution dans l'usage de drogue — ce qui demeure à prouver — il est important de ne pas surestimer cette diminution: à cause du sida, les prisons ne peuvent plus se permettre de concentrer leurs efforts sur la réduction de la consommation de drogue comme objectif premier de leurs politiques sur la drogue. La réduction de l'usage de drogue est certes un objectif important, mais la réduction de la propagation du VIH et d'autres agents infectieux est encore plus importante: «sur le plan individuel comme sur le plan collectif, la propagation du VIH constitue une menace beaucoup plus grande pour la santé que la consommation de drogue par injection comme telle».⁶⁹ Vu le lien entre l'usage de drogue et la propagation du VIH et d'autres agents infectieux — notamment l'hépatite C — les prisons doivent à tout le moins adopter une approche à la drogue qui intègre les préoccupations relatives au sida, en reconnaissant que les décisions en matière de politiques sur la drogue auront un impact sur la capacité du système carcéral de combattre la propagation du VIH et d'autres agents infectieux.

Augmentation des méfaits

On craint que l'augmentation de la fréquence des tests d'analyse d'urine, ainsi que l'augmentation des peines imposées, plutôt que de réduire la consommation de drogue par les détenus, n'engendre une modification de leur consommation de drogues qui sont détectables dans l'urine pendant jusqu'à un mois (comme la marijuana), au profit de drogues qui sont détectables pendant des périodes beaucoup plus brèves (comme la cocaïne, l'héroïne, le PCP et le LSD). En conséquence, l'usage de drogue injectable pourrait augmenter, accompagné d'un risque de transmission du VIH et d'autres méfaits.⁷⁰ Le CESP avait exprimé son inquiétude à l'effet que des mesures de la nature de celles que met actuellement de l'avant le SCC dans le cadre de sa stratégie anti-drogue «pourraient entraîner des risques ou des dangers supérieurs à l'avantage visé, à savoir la réduction de la consommation de drogues»⁷¹ et suggérait que «avant de prendre une décision quant à [la] mise en oeuvre [des test de dépistage de l'usage de drogue], il faut réfléchir aux conséquences éventuelles».⁷²

Une étude menée par le SCC sur les tendances de l'usage de drogue semble démontrer que la répartition des types de drogue utilisés par les détenus n'a pas beaucoup changé au cours des cinq derniers trimestres. Seulement le premier trimestre de 1995 est quelque peu différent des quatre autres, mais «ceci peut être une simple anomalie, une différence saisonnière ou

une modification de la consommation due à l'offre et à la demande»⁷³:



Selon le SCC, il serait juste de conclure que les utilisateurs de drogue ne sont pas passés de drogues douces à des drogues dures.⁷⁴

Néanmoins, les réponses au *Document de travail* et les résultats du sondage du SCC aux détenus supportent l'idée que certains détenus ont effectivement adopté des drogues qui sont moins facilement détectables:

- alors que 42% des répondants au sondage des détenus ont exprimé l'opinion que les détenus n'ont pas modifié leur consommation en faveur de drogues moins détectables mais généralement associées à une dépendance plus importante,
- 30% étaient indécis; et une portion importante de
- 28% se sont dit d'avis que les détenus avaient adopté des drogues moins facilement détectables.⁷⁵

Ceci concorde avec les réponses au *Document de travail*:

Nous sommes d'accord pour dire que l'analyse d'urine pousse certains détenus à

modifier leur drogue de choix, comme la marijuana ou le haschich, en faveur de drogues plus dures comme la cocaïne ou l'héroïne, qui rendent beaucoup plus difficile la détection au hasard. On trouve aussi une bonne proportion de détenus qui s'en fichent et prennent la chance de ne pas être détectés. À mon avis, cette stratégie ne réduit pas la quantité de drogue en prison, elle augmente plutôt la quantité de drogues dures disponibles.⁷⁶

Nous aussi entendons fréquemment les détenus parler du fait que les tests d'analyse d'urine poussent certains à délaisser leur drogue de choix comme la marijuana au profit de l'héroïne, parce que cette dernière est détectable dans l'urine pendant une période beaucoup plus courte que le cannabis.⁷⁷

Conclusion

Le SCC échoue, en ce qui a trait aux recommandations du CESP d'adopter une approche plus pragmatique face à la drogue et de reconnaître que l'idée de prisons sans drogue n'est pas plus réaliste que l'idée d'une société sans drogue. La stratégie anti-drogue du SCC et, en particulier, son programme d'analyse d'urine, sont des manifestations d'une approche qualifiable de guerre à la drogue, qui est désuète et, spécialement depuis l'avènement du VIH/sida, indéfendable d'un point de vue rationnel parce qu'elle ne parvient pas à réduire les méfaits de l'usage de drogue. Les coûts de cette approche sont élevés, et ses bénéfices douteux:

- si les niveaux d'usage de drogue en prison ont été réellement réduits — ce qui reste à prouver — cette réduction n'est que marginale et elle s'accompagne d'une hausse probable des méfaits de l'usage de drogue, du moins pour certains usagers;
- plusieurs des détenus qui obtiennent un résultat positif au dépistage de drogue sont déjà connus du personnel comme des usagers de drogue: le programme fournit peu de renseignements nouveaux au personnel et à l'administration;
- elle implique le recours à des mesures très intrusives auxquelles non seulement les détenus, mais aussi le personnel est rébarbatif: par exemple, les détenus doivent uriner sur demande et à la vue de membres du personnel.

Les inquiétudes relatives aux effets des programmes d'analyse d'urine et à l'ensemble de la stratégie anti-drogue du SCC sont bien résumées dans la réponse de Graham Stewart au *Document de travail*:

Nous critiquons la présente stratégie, qui met l'emphase sur l'application de la loi et le contrôle aux dépens de la prévention et du traitement. Nous sommes d'avis

que les preuves des bienfaits de cette approche de «guerre à la drogue» sont aux mieux discutables. Les coûts impliquent le bris du contact avec la famille, la perte d'emplois, de formation et d'autres «privilèges» qui peuvent augmenter les chances de succès des détenus dans la communauté à leur libération et... davantage d'injection de drogue, ce qui augmente le risque de problèmes de santé très graves — VIH/sida, hépatite C... Une autre préoccupation concerne les détenus qui veulent arrêter de consommer de la drogue mais qui sont dissuadés de demander un traitement par peur que leur aveu de faire usage de drogue n'affecte leurs «privilèges» dans l'établissement et leurs chances de libération conditionnelle.

Notre principale inquiétude au sujet de la stratégie anti-drogue du SCC est qu'*elle prend le dessus sur tout le reste* [emphasis dans l'original], notamment sur la prévention de la propagation d'infections mortelles comme le VIH/sida et l'hépatite C, en prison mais aussi dans la communauté, par le biais de détenus infectés qui sont libérés. Dans la communauté en général, on trouve des programmes qui rendent du matériel d'injection stérile accessible aux utilisateurs de drogue injectable, même si cela pourrait être perçu comme fermer les yeux sur une activité illégale: les professionnels de la santé ont clairement démontré les avantages de ces stratégies de réduction des méfaits, les coûts des stratégies d'application exclusive de la loi, et les risques que l'inaction entraîne pour tous. Nous considérons que le SCC devrait adopter la même approche objective d'évaluation des coûts/bénéfices.⁷⁸

En outre, une commission allemande a étudié les problèmes liés à l'usage de drogue en prison et observé que «l'on accorde habituellement beaucoup trop de valeur, dans la vie quotidienne en prison, aux programmes d'analyse d'urine et aux résultats qu'ils offrent»: les détenus consacrent beaucoup de temps et d'énergie à tenter de mettre au point des méthodes et mécanismes leur permettant de camoufler leur usage de drogue; et le personnel et les administrateurs, dans les décisions quotidiennes qu'ils doivent prendre à l'égard de détenus, attachent trop de valeur aux résultats d'analyses souvent faussées. La commission a conclu que les programmes d'analyse d'urine ne sont pas efficaces et, de fait, contre-productives: elle a recommandé qu'on y mette fin.⁷⁹

Réponses des systèmes provinciaux au Rapport du CESP

Quoique l'examen des questions liées au VIH dans les prisons provinciales ne faisait pas partie du mandat du CESP, qui ne s'en est donc pas occupé à proprement parler, le Rapport final du Comité souligne que

la plupart des efforts nécessaires à la réduction ou à la prévention de l'infection à VIH dans les établissements correctionnels fédéraux doivent également être déployés au niveau provincial et qu'un grand nombre, si ce n'est la totalité de ses recommandations pourraient être mises en oeuvre également dans les prisons provinciales. Le CESP encourage certainement les systèmes provinciaux à envisager cette possibilité.⁸⁰

Coordination et collaboration

Le CESP a indiqué qu'il y a un besoin évident de coordination et de collaboration pour réagir adéquatement au VIH/sida dans les prisons. Il estime que «particulièrement dans le secteur de l'éducation et de la prévention, il sera important de coordonner les efforts du fédéral et des provinces pour assurer l'uniformité des renseignements, et que les moyens nécessaires à la prévention de l'infection à VIH seront à la disposition de tous les détenus de ressort fédéral et provincial.»⁸¹ Le CESP a donc encouragé le SCC et les systèmes correctionnels provinciaux à collaborer de près sur les questions soulevées par le VIH/sida et la consommation de drogue dans les prisons.

Ce besoin de concertation a été soulevé également dans les diverses réponses au *Document de travail*. Par exemple, PASAN exprimait l'avis que «l'un des plus importants obstacles à notre travail est le manque de collaboration entre les services correctionnels provinciaux et entre le système fédéral et les provinciaux.... Tous les établissements provinciaux et fédéraux devraient agir de concert.»⁸² [emphasis dans l'original]

Deux mondes différents?

Il est difficile de déterminer jusqu'à quel point le CESP a pu exercer une influence sur les actions des systèmes correctionnels provinciaux relativement au VIH/sida et à la consommation de drogue. Les autorités de certains systèmes déclarent que les prisons fédérales et celles de responsabilité provinciale sont deux mondes différents et que les mesures qui s'imposent dans les prisons fédérales ne sont pas nécessaires au niveau provincial. Certaines réponses au *Document de travail* suggéraient que les distinctions entre les services correctionnels provinciaux et fédéral soient établies avec plus de clarté:

Il faut être conscient que chaque service est responsable d'une population bien particulière. Par exemple, en Alberta la durée moyenne de la détention est de seulement 44 jours. Le roulement élevé de la population de détenus pose des défis uniques, par exemple l'implantation d'un réseau efficace de soutien par les pairs. De plus, les circonstances qui comportent un risque d'infection en prison ne sont pas aussi prononcées que dans un pénitencier fédéral.⁸³

L'idée selon laquelle les systèmes provinciaux et le système fédéral sont deux mondes

différents n'est toutefois vraie que dans une certaine mesure. Il est vrai que la brièveté du séjour des détenus dans les établissements provinciaux rend difficile — mais non impossible — la tâche d'implanter un modèle d'éducation par les pairs tel que celui qui a fait l'objet d'un projet pilote dans un établissement fédéral. D'ailleurs, les répondants au *Document de travail* ont proposé d'autres programmes d'approche similaire, mais dans le cadre desquels l'éducation offerte aux détenus et au personnel des établissements provinciaux proviendrait d'organismes communautaires de lutte contre le sida et de pairs agissant comme présentateurs.⁸⁴

La brièveté de la détention dans les établissements provinciaux ne peut toutefois justifier la réticence persistante à implanter d'autres mesures de réduction des méfaits, telles que de mettre des condoms et de l'eau de Javel à la disposition des détenus: on rencontre peut-être moins d'activités à risque élevé dans certaines prisons provinciales, mais le risque de transmission du VIH demeure présent et requiert que dans tous les établissements provinciaux comme dans les fédéraux les détenus aient un accès facile à des condoms et à de l'eau de Javel. Il en va de même pour d'autres mesures préventives comme les aiguilles et seringues stériles et la méthadone. Ceci a été reconnu par les participants à un programme de formation pour les employés des services médicaux des centres de détention québécois, tenu en novembre 1995. On y insistait sur le besoin de faciliter l'accès des détenus à des condoms, en soulignant que les mesures actuelles de distribution — au Québec comme en Ontario et en Alberta, les condoms ne sont remis à un détenu que sur sa demande expresse — ne valent «absolument rien». On insistait également sur le besoin de permettre l'accès à du matériel d'injection stérile aux détenus qui s'injectent de la drogue.⁸⁵

Réponse des systèmes provinciaux au Document de travail

La nécessité que les systèmes correctionnels provinciaux appliquent les recommandations du CESP a été reconnue par la majorité des répondants au *Document de travail*. Les quelques exemples qui suivent en font foi.

- Selon le sous-ministre à la Santé et aux Services sociaux des Territoires du Nord-ouest, M. Ken Lovely, le *Document de travail* «décrit avec efficacité les principales inquiétudes et les raisons d'agir immédiatement contre la propagation ultérieure du VIH et d'autres pathogènes transmissibles par le sang dans le système carcéral». Il ajoute que «en principe, le ministère est en accord avec les conclusions et les recommandations contenues dans le document.»⁸⁶
- Le directeur général du service correctionnel de la Saskatchewan écrivait que les recommandations du *Document de travail* assisteraient le service de la Saskatchewan à «travailler en coopération et en consultation avec le ministère de la Santé de la province pour implanter dans nos installations correctionnelles autant de mesures préventives et de réduction des méfaits que possible.» Il

ajoutait que «les mesures préventives recommandées dans ce rapport sont la disponibilité d'eau de Javel et l'implantation d'un système d'échange de seringues. Ces idées seront prises en considération par le service correctionnel de la Saskatchewan.»⁸⁷

- L'honorable Russell King, ministre de la Santé et des Services communautaires du Nouveau-Brunswick, a écrit que les conclusions concernant la provision de matériel d'injection stérile pouvait inquiéter les autorités correctionnelles, mais que «du point de vue de la santé publique, les programmes d'échange de seringues en général peuvent toutefois être appuyés. De tels programmes sont de plus en plus reconnus comme une stratégie efficace de santé publique pour la réduction de la transmission de l'infection parmi les utilisateurs de drogue injectable».⁸⁸

Exemples à suivre

Il est important de souligner que quelques systèmes correctionnels provinciaux ont entrepris des actions encourageantes à l'égard de la prévention de la transmission du VIH et devraient être cités en exemple aux systèmes qui n'ont fait que peu, ou encore rien, en ce sens. En particulier, dans les établissements du système carcéral provincial de la Colombie-Britannique, les condoms sont facilement accessibles depuis plusieurs années. De plus, dès 1992 une politique y était adoptée à l'effet que l'eau de Javel soit mise à la disposition des détenus, suite à laquelle «il n'y a pas eu d'incidents de mauvais usage ayant entraîné des infractions aux règlements de sécurité, de dommages déclarés aux champs d'épuration ni de preuves que la pratique de l'injection ait augmenté.»⁸⁹ En avril 1995, une politique révisée était adoptée en Colombie-Britannique, stipulant que tous les établissements correctionnels pour adultes doivent assurer la disponibilité et l'accessibilité d'eau de Javel domestique filtrée pour les détenus, spécifiant qu'elle soit fournie sans frais ni entrave, accessible instantanément et distribuée d'une manière qui préserve l'anonymat et réduit le risque de blessure. Par ailleurs, en avril 1996, le Dr Diane Rothon, directrice des services de santé du service correctionnel de la Colombie-Britannique, dans un affidavit qu'elle a déposé devant la Cour suprême de la Colombie-Britannique, déclarait qu'elle s'attend à ce que:

un changement formel dans la politique du service correctionnel en matière d'usage de méthadone en prison verra le jour dans un avenir très proche. Ce changement de politique reconnaîtra la validité du modèle de réduction des méfaits pour les détenus. Je m'attends pleinement à ce que l'usage contrôlé de méthadone dans les prisons devienne plus répandu qu'il ne l'est en ce moment.⁹⁰

Finalement, la Colombie-Britannique a aussi entrepris un programme innovateur d'éducation sur le VIH/sida et les maladies infectieuses, mené par des éducateurs en santé employés conjointement dans des établissements provinciaux et fédéraux, dans un effort pour assurer

«une information uniforme et constante, offerte de manière régulière dans tous les établissements correctionnels.»⁹¹

Réaction à la réponse des systèmes provinciaux

L'inaction de certains systèmes provinciaux et le manque de coordination entre les divers systèmes provinciaux, de même qu'avec le système fédéral, demeurent des préoccupations sérieuses. De plus de plus d'insatisfaction et de frustration se manifestent face à ces lacunes. Au Premier atelier national VIH/sida et prisons (Kingston, août 1995) par exemple, des participants de partout au pays, outrés par le manque d'accès à des condoms, à de l'eau de Javel et à d'autres mesures préventives dans la plupart des systèmes correctionnels provinciaux, ont réitéré leur demande d'action et de collaboration.

Conclusion

Le SCC et, dans une mesure moindre, les systèmes provinciaux, ont accompli certains progrès dans la lutte contre le VIH/sida dans les prisons. Tel que mentionné dans le *Document de travail*,

Nous félicitons le SCC pour sa décision de rendre disponibles l'eau de Javel et la détection anonyme du VIH dans les prisons. Ceci représente un pas en avant considérable dans la lutte contre la propagation du VIH dans les prisons fédérales. Le SCC reconnaît qu'il a la responsabilité de protéger la santé des détenus, du personnel et du public. Il reconnaît que des mesures visant à prévenir la transmission du VIH, comme la fourniture d'eau de Javel, n'entrent pas en conflit avec sa stratégie contre les drogues et n'équivalent pas à fermer les yeux sur la consommation de drogue. Le SCC a commencé à prendre certaines actions nécessaires pour réduire la propagation du VIH. Mais, tel que démontré ci-dessus, beaucoup reste encore à faire: plusieurs des recommandations que réitèrent nombre de comités et organisations nationales ou internationales — incluant PASAN, le CESP et l'OMS — n'ont pas été acceptées par le SCC, alors que d'autres qui ont été acceptées ne sont pas appliquées, ou encore, sont appliquées de manière trop inconsistante.⁹²

Cette inquiétude persiste, 8 mois après la publication du *Document de travail*. Tant que le SCC n'aura pas accepté toutes les recommandations mises de l'avant par le CESP et d'autres comités et organismes nationaux et internationaux, et aussi longtemps que l'application de ces recommandations n'aura pas lieu dans le cadre d'un plan global et complet — plutôt qu'en une série de soubresauts isolés qui n'affrontent pas le problème du besoin de changement organisationnel à l'intérieur du SCC et qui ne posent pas de fondations permettant d'assurer la

viabilité de toutes les initiatives liées au VIH/sida — le SCC demeurera incapable de résoudre adéquatement les problèmes soulevés par le VIH/sida et l'usage de drogue.

En ce qui concerne les systèmes provinciaux, trop d'entre eux refusent toujours de même reconnaître le besoin de prendre au sérieux les recommandations émises par les comités et organismes nationaux et internationaux, en prétextant que les détenus passent en moyenne seulement 30 à 40 jours dans les prisons provinciales — un facteur qui amoindrit peut-être les problèmes et risques, mais qui ne les élimine pas pour autant, ni ne réduit le besoin d'action.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

⁷ Comité consultatif national sur le SIDA, procès-verbal de la réunion, Ottawa, 22 avril 1987, et *Déclaration relative au milieu correctionnel* du Groupe de travail sur l'infection au VIH et l'utilisation de la drogue par injection du CCN-SIDA, approuvée par le Comité le 14 décembre 1989. La déclaration figure en annexe à *Le sida: un défi: rapport du Comité parlementaire sur le SIDA*, 1990. Voir aussi *Rapport: Le Premier atelier national sur l'infection au VIH et l'injection de drogue: Stratégies de prévention, Montréal, 26-27 mars 1990*, Ottawa, Association canadienne de santé publique, 1991, p.5.

⁸ Société royale du Canada, *SIDA: L'État de la question au pays - Rapport de synthèse et recommandations*, Ottawa, La Société, 1988.

⁹ *Le sida: un défi*, rapport du Comité parlementaire sur le SIDA, *supra*, note 7.

¹⁰ Comité consultatif fédéral/provincial/territorial sur le SIDA, *Draft Statement on HIV/AIDS in Correctional Facilities*, Secrétariat national sur le SIDA, 22 novembre 1991.

¹¹ Comité consultatif sur le VIH et le SIDA de la région de l'Ontario, SCC, région de l'Ontario, *Regional Strategy for the Health Education, Assessment, Treatment and Community Follow-Up for HIV/AIDS Offender Patients*, mémoire présenté au Comité de gestion régionale, Kingston, le Comité, mai 1992.

¹² Réseau de soutien et d'action des prisonniers/ères vivant avec le VIH/sida (PASAN), *HIV/AIDS in Prison Systems: A Comprehensive Strategy*, mémoire présenté au ministre des Services correctionnels et au ministre de la Santé, juin 1992.

¹³ Organisation mondiale de la santé (OMS), Déclaration de la consultation sur la lutte contre le SIDA dans les prisons, Programme global sur le sida, Genève, OMS, 1987; et *Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons*, Genève, OMS, 1993.

¹⁴ *Le VIH/SIDA en milieu carcéral: un document de travail du Comité d'experts sur le SIDA et les prisons*, Montréal, Centre de médecine, d'éthique et de droit de l'Université McGill, 1993; pour une brève discussion, voir *Criminal Law Forum*, 1993, 4: 581.

¹⁵ Service correctionnel du Canada, *Le VIH/SIDA en milieu carcéral: Rapport final du Comité d'experts sur le sida et les prisons*, Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1994. Le Rapport comprend deux autres documents: *Le VIH/SIDA en milieu carcéral: Rapport sommaire et recommandations*; et *Le VIH/SIDA en milieu carcéral: documentation*.

¹⁶ OMS, 1993, *supra*, note 13.

¹⁷ Rapport final du CESP, *supra*, note 15, à la p. 93

¹⁸ Rapport sommaire du CESP, *supra*, note 15, à la p. 23.

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ Communiqué de presse, Service correctionnel du Canada: «Le Service correctionnel du Canada annonce sa réponse aux recommandations présentées par le Comité d'experts sur le sida et les prisons», Ottawa, SCC, 24 mars 1994.

²¹ Document d'information: Réponse du SCC au Comité d'experts sur le SIDA et les prisons (CESP), Ottawa, SCC, Direction des services de santé, 24 mars 1994.

²² Voir le Rapport final du CESP, *supra*, note 15, p. 93-94 (recommandation 6.3 (2)-(5)).

²³ Voir T.W. Harding, G. Schaller, «HIV/AIDS Policy for Prisons or for Prisoners?» dans J.M. Mann, D. J.M. Tarantola, T.W. Netter (éd.), *AIDS in the World*, Cambridge, MA, Harvard University Press, 1992, p. 761-769

²⁴ Voir le Rapport final du CESP, *supra*, note 15, à la p. 80, avec de nombreuses références.

²⁵ *Ibid.*, p. 91.

²⁶ T. Nichol, Bleach Pilot Project, compte rendu non publié de l'introduction de la distribution d'eau de Javel à l'établissement Matsqui, 1995 (l'auteur en détient copie).

- ²⁷ T. Nichol, Bleach Pilot Project, second compte rendu non-publié sur le projet pilote sur l'introduction d'eau de Javel à l'établissement Matsqui, 28 mars 1996 (l'auteur en détient copie).
- ²⁸ Nichol, 1995, *supra*, note 26.
- ²⁹ Nichol, 1996, *supra*, note 27.
- ³⁰ *Ibid.*
- ³¹ Communication reçue des Services de santé, SCC, Ottawa, en date du 28 mai 1996.
- ³² Voir Mise à jour, Programme national sur le sida du Service correctionnel du Canada, Ottawa, SCC, novembre 1995.
- ³³ Rapport final du CESP, *supra*, note 15, p. 34 (recommandation 2, (1)-(5)).
- ³⁴ *Ibid.*, p. 33-34.
- ³⁵ Avis juridique préparé par C. Kobernick, Services juridiques, SCC, pour A. Lubimiv, administrateur régional de Services de santé, 30 janvier 1996 (dossier 6410-89).
- ³⁶ Voir lettre de J. Roy au Dr G.R. MacDonald, président, Comité consultatif sur les soins de santé, en date du 24 janvier 1996 (l'auteur en détient copie).
- ³⁷ *Ibid.*
- ³⁸ Rapport final du CESP, *supra*, note 15, p. 60 (recommandation 5.1 (1), (2), (3), (8), (9)).
- ³⁹ *Ibid.*, p. 60.
- ⁴⁰ *Ibid.*, p. 60-61 (recommandation 5.1 (3), (7)).
- ⁴¹ Réponse du SCC au Comité d'experts sur le sida et les prisons, *supra*, note 21, p. 2.
- ⁴² C. Ploem, «Programme pilote d'éducation par les pairs au Nouveau-Brunswick», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1995, 2(1): 30-31. Le texte qui suit est une version mise à jour de l'article de Ploem.
- ⁴³ Réponse de Caroline Ploem au *Document de travail*, en date du 7 mars 1996; et correspondance personnelle en date du 1 juin 1996.

44 *Ibid.*

45 M. Linhart, «Point de vue d'un détenu», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1995, 2(1): 29.

46 Communiqué de presse, PASAN: «Les militants pour la cause des détenus vivant avec le VIH/sida remettent en question la réponse inappropriée du Service correctionnel Canada au VIH/sida dans les établissements de détention», Toronto, PASAN, 25 mars 1994.

47 Société canadienne du sida: «Information sur le sida en milieu carcéral», Ottawa, La Société, 1 avril 1994.

48 Communiqué de presse, Kingston AIDS Project: «Prisoner HIV/AIDS Activists Respond with Anger to Correctional Service Canada's Unwillingness to Confront Potential HIV/AIDS Epidemics in Federal Prisons», Kingston, Le Projet, 25 mars 1994.

49 Éditorial, *The Vancouver Sun*: «Prison System Guilty of AIDS Complacency», 2 avril 1994, à la p. A-18.

50 Réponse de Salisbury et Smith au *Document de travail*, *supra*, note 4.

51 Réponse au *Document de travail*, *supra*, note 43.

52 Réponse de B. Taylor et S. Bovair au *Document de travail*, en date du 22 janvier 1996.

53 SCC, *Rapport de recherche, Sondage national auprès des détenus: Rapport final - 1995, Annexe principale*, Ottawa, SCC, Secteur de recherche et développement, 1996, No SR-02, à la p. 285; voir aussi Nichol, *supra*, notes 26-27.

54 *Ibid.*, p. 375; voir aussi C. Perkins, «HIV-Infected Persons: New Insights into an Old Art», XIe Conférence internationale sur le sida, Vancouver, 7-11 juillet 1996, abrégé no Tu. C.2662.

55 Linhart, *supra*, note 45.

56 Sondage, *supra*, note 53, à la p. 373.

57 Réponse de Salisbury et Smith au *Document de travail*, *supra*, note 4.

58 Réponse de J.E. Wonnacott au *Document de travail*, en date du 19 janvier 1996.

59 Réponse de M. Linhart au *Document de travail*, en date du 18 janvier 1996.

60 Réponse au *Document de travail*, *supra*, note 3.

⁶¹ Voir *supra*, note 35.

⁶² Réponse de D. Foreman au *Document de travail*, en date du 15 février 1996.

⁶³ Rapport final du CESP, *supra*, note 15, à la p. 90.

⁶⁴ Réponse au *Document de travail*, *supra*, note 5.

⁶⁵ Correspondance reçue du SCC, en date du 7 mai 1996.

⁶⁶ Voir, pour l'Écosse, A.G. Bird, S.M. Gore et cosignataires. Lettre à M. Forsyth, Secrétaire d'État de l'Écosse, en date du 14 septembre 1995; S.M. Gore, A.G. Bird, «Mandatory Drug Testing in UK Prisons: Cost Implications & Use as Performance Indicators for Prisons», XIe Conférence internationale sur le sida, Vancouver, 7-11 juillet 1996, abrégé no We. C.3571.

⁶⁷ Le dépistage est effectué lorsqu'il y a des «motifs raisonnables»; ou à la suite d'un processus de sélection au hasard; ou comme condition de participation à une activité ou à programme prescrit impliquant un contact avec la communauté, ou à un programme de toxicomanie; ou pour obtenir trois résultats négatifs à la suite d'un verdict de culpabilité à une infraction disciplinaire en vertu de l'art. 40 (k) de la *Loi régissant le système correctionnel, la mise en liberté sous condition et le maintien en incarcération* (l'art. 40 (k) stipule que «Est coupable d'une infraction disciplinaire le détenu qui ... introduit dans son corps une substance intoxicante»); ou pour vérifier le respect d'une condition d'abstinence.

⁶⁸ Sondage aux détenus, annexe principale, *supra*, note 53, à la p. 360.

⁶⁹ Groupe de travail sur l'infection au VIH et la consommation de drogues par injection du CCN-SIDA, *Principes et recommandations concernant l'infection au VIH et la consommation de drogues par injection*, dans *Deuxième Atelier national sur le VIH et l'usage de l'alcool et des autres drogues*, Edmonton (Alberta), 6-9 février 1994, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1994.

⁷⁰ Voir, par exemple, D. Riley, «Drug Testing in Prison», *The International Journal of Drug Policy*, 1995, 6 (2): 106-111; Kommission zur Entwicklung eines umsetzungsorientierten Drogenkonzeptes für den Hamburger Straftvollzug. Abschlußbericht, Hambourg, Allemagne: la Commission, 1995.

⁷¹ Rapport final du CESP, *supra*, note 15, p. 78-79.

⁷² *Ibid.*, à la p. 91.

⁷³ Correspondance personnelle, *supra*, note 65.

- 74 *Ibid.*
- 75 Sondage aux détenus, annexe principale, *supra*, note 53, à la p. 361.
- 76 Réponse de Taylor et Bovair au *Document de travail*, *supra*, note 52.
- 77 Réponse de G. Stewart au *Document de travail*, en date du 29 janvier 1996.
- 78 *Ibid.*
- 79 Abschlußbericht, *supra*, note 70, à la p. 60.
- 80 Rapport final du CESP, *supra*, note 15, à la p 11.
- 81 *Ibid.*
- 82 Réponse de L. Ferguson, PASAN, au *Document de travail*, en date du 30 janvier 1996.
- 83 Réponse de H. O'Handley au *Document de travail*, en date du 15 janvier 1996.
- 84 Voir, par exemple, la réponse de L. Ferguson, *supra*, note 82.
- 85 Voir *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1996, 2(2): 19.
- 86 Réponse au *Document de travail*, en date du 13 février 1996.
- 87 Réponse de R.J. Till au *document de travail*, en date du 11 janvier 1996.
- 88 Réponse au *Document de travail*, en date du 12 janvier 1996.
- 89 *Le VIH/SIDA en milieu carcéral: Documentation*, *supra*, note 15, à la p. 191
- 90 Affidavit dans l'affaire *R. v McMullen*, Cour suprême de la C.-B., No CC960346.
- 91 Rapport final du CESP, *supra*, note 15, à la p. 11, avec références.
- 92 *Document de travail*, *supra*, note 1, à la p. 19.

VIH/sida et prisons: rapport final

Préparé par Ralf Jürgens

© Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, Montréal, 1996

ISBN 1-896735-05-3

Nouveaux développements

[Augmentation du nombre de cas connus de VIH/sida](#)
[Augmentation du nombre de détenus malades](#)
[Preuves croissantes de comportements à risque élevé en prison](#)
[Preuves croissantes de transmission du VIH dans les prisons](#)
[Hépatite C](#)
[Actions en justice déposées par des détenus](#)
[Rapports d'études sur le VIH/sida dans les prisons](#)
[Échange de seringues et d'aiguilles en prison](#)
[Traitement d'entretien à la méthadone](#)
[Publication du Sondage national auprès des détenus du SCC](#)
[Publication du Rapport de la Commission Arbour](#)

Au cours des 16 mois écoulés entre la parution du rapport final du CESP et celle du *Document de travail* du présent projet, plusieurs nouveaux développements ont eu lieu, dans le système correctionnel canadien et d'autres systèmes. Ces faits nouveaux renforcent le besoin et augmentent l'urgence de mesures visant à prévenir la transmission du VIH dans les prisons:

- augmentation de 40% du nombre de cas connus de VIH/sida dans les prisons fédérales;
- augmentation du nombre de détenus vivant avec le sida ou une infection à VIH symptomatique, nécessitant des soins médicaux plus approfondis et coûteux;

- augmentation des preuves de comportements à risque élevé en prison;
- augmentation des preuves que ces comportements contribuent à la propagation du VIH en prison;
- prévalence très élevée d'hépatite C en prison, tel que démontrée par trois études canadiennes récentes révélant des taux allant de 28 à 40%;
- poursuites légales intentées par des détenus contre les systèmes correctionnels de deux États australiens pour défaut de fournir les mesures pour prévenir la propagation du VIH;
- rapports d'autres pays, renforçant le consensus sur le besoin d'augmenter les efforts pour limiter la propagation du VIH en prison et mieux s'occuper des détenus vivant avec le VIH/sida;
- succès d'un projet pilote de distribution d'aiguilles stériles dans des prisons suisses, démontrant la possibilité d'appliquer en prison un tel programme de manière sécuritaire et avec le soutien des détenus, du personnel, des autorités correctionnelles, des politiciens et du public en général.

Entre-temps, les développements suivants sont intervenus:

- nouvelle augmentation, quoique faible, du nombre de cas connus de VIH/sida dans les établissements correctionnels fédéraux;
- progrès et retards dans l'application de certaines mesures de réduction des méfaits qu'avait promises le SCC;
- publication du rapport de la Commission d'enquête sur certains événements survenus à la Prison des femmes de Kingston, qui met en évidence des lacunes systémiques au sein du SCC, ainsi que son défaut de respecter les droits des individus, son refus de réagir aux critiques de l'extérieur et de s'engager dans une autocritique honnête; ces problèmes influencent également la réaction (ou l'inaction) du SCC à l'égard du VIH;
- publication des résultats du Sondage national auprès des détenus du SCC, qui confirme la prévalence de comportements à risque élevé, et que «le problème du sida est particulièrement élevé derrière les barreaux»;⁹³
- action légale déposée par une détenue de la Colombie-Britannique contre le service correctionnel de cette province, pour défaut de lui fournir de la méthadone;

- augmentation du nombre de prisons et de systèmes carcéraux, à travers le monde, qui permettent aux détenus l'accès à des aiguilles et seringues stériles, de même que la publication d'une étude qui démontre les effets positifs de cette mesure.

Nous effectuons ici un suivi sur les développements abordés dans le *Document de travail* et examinons les faits nouveaux observés depuis sa publication.

Augmentation du nombre de cas connus de VIH/sida

Augmentation de 46% en 2 ans

En mars 1996, 159 détenus de prisons fédérales canadiennes étaient connus comme vivant avec le VIH/ sida.⁹⁴ Ceci constitue une augmentation considérable (près de 46%) par rapport aux 109 cas connus dans ce même contexte en avril 1994: plus de 1% des détenus vivent donc maintenant avec le VIH/sida. Dans certains établissements — notamment dans la région du Québec du SCC — on dénote un taux de séroprévalence dépassant les 5%. Tel que le déclare Trudi Nichol, coordonnatrice du Projet pilote sur l'eau de Javel, «le taux d'infection à VIH progresse à un rythme alarmant».⁹⁵

Dans les établissements provinciaux, la situation est semblable. Des études menées dans des prisons en Colombie-Britannique, en Ontario et au Québec ont toutes montré que la séroprévalence au VIH dans les prisons est beaucoup plus élevée que dans la population générale, avec des taux variant entre 1% et 7,7%.⁹⁶ Comme dans les établissements fédéraux les nombres de détenus vivant avec le VIH ou le sida sont à la hausse. Tel que souligné par Nichol, plusieurs de ces détenus progresseront éventuellement vers le système carcéral fédéral, avec la conséquence que «les coûts liés aux soins de santé vont s'élever de manière radicale au cours des quelques prochaines années et tout ce que nous pouvons faire pour prévenir ceci représente une prime.»⁹⁷

L'avenir

Au cours des 8 derniers mois, l'augmentation des cas connus de VIH/sida dans les établissements fédéraux semble avoir ralenti. Néanmoins, le nombre de détenus vivant avec le VIH/sida dans les prisons fédérales et provinciales au Canada continuera d'augmenter. Tel que le CESP l'observait dans son rapport final, on a montré que la prévalence de l'infection à VIH dans les prisons à travers le monde est liée de près à la proportion de détenus qui s'injectaient de la drogue avant leur incarcération, et à la prévalence du VIH dans leurs

communautés.⁹⁸ Au cours des récentes années, le Canada a été témoin d'une épidémie croissante parmi les utilisateurs de drogue injectable (UDI), avec de nombreuses nouvelles infections notamment dans les grands centres — Vancouver, Toronto, Montréal. Puisque la prévalence de l'infection à VIH parmi les UDI à l'extérieur des prisons croît à un rythme alarmant et que plusieurs UDI passent des années de leur vie dans des prisons fédérales et provinciales, nous savons déjà que le nombre de détenus vivant avec le VIH ou le sida continuera d'augmenter.

Au surplus, les chiffres mentionnés ci-dessus ne représentent que la portion connue des autorités. En fait, il y a beaucoup plus de détenus qui vivent avec le VIH mais qui ne le savent pas parce qu'ils n'ont pas subi de test de dépistage ou qui ne le dévoilent pas, par peur de subir de la discrimination de la part de leurs pairs et du personnel correctionnel.

Augmentation du nombre de détenus malades

La situation du VIH/sida dans les prisons est en train de changer. «Jusqu'à récemment, la plupart des détenus séropositifs était encore aux premiers stades de la maladie. Maintenant, nous rencontrons de plus en plus de détenus — incarcérés nouvellement ou depuis longtemps — qui sont à un stade avancé du sida».⁹⁹

Ceci est représentatif de l'évolution de l'épidémie du VIH/sida au Canada, en reflétant l'accroissement du taux d'infection que l'on constate, depuis le milieu des années 1980, chez les UDI, dont plusieurs passent au moins une partie de leur vie en prison, développent le sida et deviennent plus malades.

Les détenus aux premiers stades de la maladie n'ont normalement pas de besoins autres que la surveillance de la progression de leur maladie et le soutien psychosocial. L'incarcération a pour effet d'améliorer l'état général de santé de plusieurs, ce qui est attribuable en partie à la réduction de leur consommation de drogue, à une meilleure nutrition entraînant une augmentation de leur poids, et enfin à l'accès direct à des services médicaux et dentaires.

De nos jours, les services de santé des prisons doivent s'occuper de plus en plus fréquemment de cas présentant les manifestations de stades plus avancés de la maladie. Quoique les chiffres augmentent, ils sont encore relativement bas, ce qui signifie que les médecins de prisons qui s'occupent de ces patients sont donc encore relativement inexpérimentés. Les problèmes conséquents peuvent être réglés si ces médecins admettent qu'ils ne peuvent pas fournir les services et traitement spécialisés qui sont requis, et réfèrent assez tôt les détenus à des cliniques extérieures offrant des soins spécifiques aux personnes vivant avec le VIH/sida.

Cependant, les problèmes ne sont pas toujours reconnus. Les détenus sont perçus en majorité comme des jeunes personnes en bonne forme dont le seul problème de santé réside dans la dépendance à la drogue. Tandis que les infirmiers et médecins de prison soignent bien des maladies chroniques clairement démarquées — diabète, cancer, arthrite — et reconnaissent facilement des urgences comme un infarctus du myocarde ou un traumatisme, le patient séropositif qui présente un faible compte de cellules CD4 et qui peut avoir l'air bien mais ne pas l'être, constitue un défi. Par exemple, pour le personnel médical de la prison, il est difficile de vérifier, chez un détenu qui a l'air en santé et soulève des haltères, si les maux de tête sont dus à une méningite à cryptocoque potentiellement fatale. Cette difficulté est rehaussée par la tendance de certains détenus à tenter de manipuler le personnel carcéral de santé, ce qui peut entraîner une réticence à «croire» le détenu et à intervenir immédiatement en prescrivant des médicaments, par exemple, ou en référant le patient.

Les problèmes sont susceptibles d'augmenter dans les années à venir, et «malheureusement, l'accroissement du nombre de patients sérieusement malades — VIH/sida et/ou autres infections graves — coïncide avec des coupures dans les budgets de soins de santé.»¹⁰⁰

Preuves croissantes de comportements à risque élevé en prison

Monsieur P. est un détenu de 43 ans purgeant une peine d'incarcération à perpétuité, depuis 20 ans. Il a commencé à s'injecter de la drogue après son incarcération; c'était sa manière d'affronter sa solitude. Il se rappelle que ses premières expériences avaient lieu avec quiconque était prêt à partager une dose. Après avoir vu l'un de ses pairs mourir du sida il y a deux ans, P. possède sa propre trousse d'injection (qui date de 7 ans) qu'il ne partage avec personne.

Monsieur S. a 37 ans et purge une sentence de 9 ans pour des crimes liés à la drogue. S. ne consomme pas de drogue injectable mais il a trouvé des preneurs, en prison, pour ses 13 trousse de matériel d'injection. S. loue ses aiguilles pour une heure en échange de 3 à 5 paquets de cigarettes. Contre trois paquets, il prête une aiguille vieille de plus de 2 ans; en échange de 5 paquets il loue une aiguille de moins de 2 ans. S. possède aussi des aiguilles de moins de 6 mois, mais il ne les prête qu'en échange d'argent comptant ou de bons d'une valeur de 50 à 100\$, selon la demande. Ses aiguilles sont toutes nettoyées avec de l'eau de Javel (lorsqu'il réussit à en voler) ou avec du désinfectant à toilette (en l'absence d'eau de Javel).¹⁰¹

De telles preuves anecdotiques de l'existence et de l'ampleur des pratiques d'injection de drogue en prison sont confirmées par maintes études scientifiques menées au Canada et ailleurs. Les résultats de certaines de ces études sont rapportées dans le rapport final du

CESP.¹⁰² Le CESP a conclu que l'injection de drogue a bel et bien lieu dans les prisons et que la rareté des aiguilles entraîne souvent leur partage. Au cours de visites d'établissements qu'ont effectuées les membres du CESP, des détenus ont dit que l'injection de drogue et le partage des aiguilles sont des activités fréquentes et que, parfois, de 15 à 20 détenus utilisent la même aiguille sans la nettoyer entre les usages.¹⁰³ Plusieurs membres du personnel du SCC, dans leur réponse au questionnaire du CESP, ont reconnu que la consommation de drogue dans les prisons fédérales est une réalité, en disant que «les drogues font partie de la culture et de l'univers carcéraux», que leur usage est «répandu dans les établissements», qu'il ne semble pas exister de moyen de s'assurer qu'il cesse, qu'il semble impossible de veiller à ce qu'aucune drogue ne soit consommée, et qu'il y a plusieurs aiguilles en prison».¹⁰⁴

Depuis ce temps, les résultats d'autres études ont confirmé la prévalence de la consommation de drogue injectable et d'autres comportements à risque en prison.

Écosse: résultats de 3 études

Dans une première étude sur les comportements liés à l'usage de drogue dans les prisons de l'Écosse, 11% d'un échantillonnage volontaire de 234 détenus affirmaient s'être injecté de la drogue pendant leur incarcération en cours à ce moment, alors que 32% le faisaient avant leur incarcération. Cependant, de ceux qui pratiquaient l'injection en prison, 76% partageaient le matériel, alors seulement 24% de ceux qui s'injectaient avant l'incarcération partageaient le matériel.¹⁰⁵

Dans une seconde étude écossaise, 76 des 227 détenus (33%) s'étaient injecté de la drogue au cours de leur vie et 33 répondants (15%) admettaient le faire en prison. Tandis qu'à l'extérieur des prisons les utilisateurs tendaient à s'injecter chaque jour, en prison les répondants n'auraient eu recours à cette pratique que sur une base hebdomadaire ou mensuelle. Néanmoins, tous les répondants qui indiquaient s'injecter de la drogue en prison disaient aussi avoir partagé leur matériel au moins quelques fois. Vingt détenus avaient toujours partagé leur matériel d'injection, en comparaison avec seulement deux qui partageaient aussi toujours à l'extérieur.¹⁰⁶

Dans une troisième étude visant à déterminer la prévalence de l'infection à VIH et de comportements à risque parmi les détenus d'un établissement pour hommes à Glasgow, la moitié des détenus UDI affirmaient s'être injecté de la drogue en prison, et 6% avaient commencé cette pratique lors de leur incarcération. L'étude conclut que:

Il est nécessaire d'établir une politique cohérente de réduction des méfaits à l'échelle des prisons du Royaume-Uni afin d'éviter la transmission d'infection virales par le sang. L'injection de drogue en prison est courante, une proportion des détenus UDI commencent ce comportement durant leur incarcération, et des taux beaucoup plus élevés d'hépatite sont attribuables à l'injection en prison,

comparativement à la prévalence chez les UDI qui ne se sont injecté que hors de prison.¹⁰⁷

Australie

Nouvelle-Galles du Sud — comportements à risque de transmission du VIH en prison

Dans une étude menée auprès de 181 détenus en Nouvelle-Galles du Sud (N.-G.S.), 40% des répondants indiquaient s'être engagés dans l'un des trois comportements à risque élevé de transmission du VIH: un quart de ces détenus disait s'injecter de la drogue, un sixième disait avoir partagé du matériel de tatouage, un douzième disait avoir eu des activités sexuelles orales ou anales pendant l'incarcération. Les répondants disaient avoir connaissance d'un nombre médian de 10 consommateurs de drogue par injection dans leur unité, mais d'un nombre médian de seulement 4 seringues disponibles, ce qui est un fort indicateur du fait que les détenus partagent le matériel d'injection. Les deux tiers des répondants présentaient un historique qui inclut l'injection de drogue et près de la moitié d'entre eux indiquaient s'être déjà injecté en prison. Un quart des répondants indiquait avoir eu recours à l'injection dans la prison même où était distribué ce questionnaire, un cinquième affirmait partager des aiguilles et un peu moins d'un cinquième disait nettoyer le matériel d'injection avec du désinfectant, avant de le partager.¹⁰⁸

Nouvelle-Galles du Sud — comportements à risque avant, pendant et après la détention

Dans une étude pour évaluer les comportements à risque des UDI avant, pendant et après la détention en N.-G.S., on rapportait avant et après l'incarcération des taux d'injection supérieurs à ceux ayant cours en prison. Le partage de seringues était toutefois rapporté comme plus fréquent pendant l'incarcération (environ 60%) que avant ou après (environ 20%). Les chercheurs ont souligné que:

l'incarcération n'empêche pas les UDI de s'injecter de la drogue. La proportion qui s'injecte de la drogue en prison et la fréquence d'injection étaient moindres que dans la communauté, mais les UDI en prison ont peu d'opportunités de s'injecter sans partager des seringues. De plus, l'incarcération peut favoriser le mélange d'UDI avec d'autres venant de divers horizons sociaux et géographiques. La prévalence de comportements à risque dans ces circonstances aurait un impact beaucoup plus considérable sur la santé publique que les comportements à risque des UDI dans la communauté, qui ont généralement cours dans des réseaux sociaux restreints.¹⁰⁹

Ils ont conclu que:

les résultats de cette étude montrent que les prisons jouent un rôle plus critique

que celui qu'on leur reconnaît généralement dans la propagation de l'infection à VIH parmi et par les UDI. Le roulement rapide des populations carcérales, le mélange de détenus de provenances diverses, ainsi que les obstacles à l'application de stratégies de prévention efficaces laissent songer que les prisons pourraient être beaucoup plus déterminantes qu'on ne l'a reconnu jusqu'à ce jour, en termes de mesures de santé publique pour contrôler la propagation du VIH et d'autres agents infectieux.

États-Unis

New York — aveux de comportements à risque

Mahon a mené une étude auprès d'un groupe cible de 50 personnes à New York, au cours de laquelle des détenus et des ex-détenus ont signalé de nombreux cas tragiques de rapports sexuels non protégés et l'usage souvent désespéré de matériel d'injection usagé en milieu carcéral.¹¹⁰ Une femme a résumé la situation quant à la prévalence et à la diversité de l'activité sexuelle en affirmant que

les agents de correction masculins ont des relations sexuelles avec les femmes, les agents de correction féminins en ont avec les femmes détenues, les détenus de sexe masculin en ont avec les détenus de sexe masculin autant que féminin. Il y en a de toutes sortes, c'est une vraie fricassée là-dedans.¹¹¹

Les participants à l'étude de Mahon affirmaient que l'utilisation de drogue injectable est «très courante» dans les prisons, et que la drogue pénètre dans le système carcéral par une grande diversité de voies, incluant le personnel correctionnel et médical, les visiteurs et le courrier personnel. La drogue et le matériel d'injection sont cependant plus difficiles d'accès en prison que sur la rue, et cette rareté a accru le niveau d'acharnement et de «désespoir» chez les consommateurs actifs, rehaussant la valeur de ces marchandises et les transformant en une forme de monnaie d'échange. Était également mentionnée la possibilité de se procurer toute une diversité de drogues, incluant l'héroïne, la cocaïne et la marijuana. Les participants indiquaient que les seringues sont plutôt difficiles à trouver en prison et que, en conséquence, elles sont presque toujours mises en partage. Plusieurs affirmaient croire qu'ils ont contracté l'infection à VIH en prison à cause du partage de seringues.

Delaware — activité sexuelle

Saum et coll. rapportent que les études sur le contact sexuel en prison ont montré que «l'implication des détenus varie énormément.»¹¹² Dans l'étude de Mme Saum sur la nature et la fréquence des relations sexuelles entre détenus de sexe masculin dans une prison de l'État du Delaware, les répondants étaient interrogés en détail sur les activités sexuelles dans lesquelles ils s'engagent, les activités dont ils ont été directement témoins et celles dont ils ont

entendu parler «entre les branches». Saum a conclu que «quoique l'activité sexuelle ne soit pas largement répandue, elle existe néanmoins» et que sa majeure partie est consensuelle.

Indiana — risque de transmission du VIH dans les prisons rurales

Les recherches menées par Kane et Dotson indiquent que, même si leurs administrateurs et employés espéraient peut-être que leurs établissements soient à l'abri de l'épidémie qui sévit dans les établissements carcéraux plus grands et de régions plus urbaines, les prisons de régions rurales ne jouissent peut-être que d'un simple sursis et elle ne sont en rien exemptes des taux croissants d'infection à VIH chez les détenus.¹¹³ Les données montrent que la population des prisons rurales de l'Indiana est en fait menacée par le VIH. Notamment, 23% de leurs détenus ont déjà utilisé des aiguilles pour s'injecter de la drogue.

Pays-Bas – faible taux de comportements à risque?

Van Haastrecht et coll. ont mené une étude aux Pays-Bas pour évaluer chez les UDI les taux d'activité sexuelle et d'usage de drogue par injection au cours de la détention et immédiatement après leur libération.

Ils ont interrogé (hors de prison) des UDI d'Amsterdam au sujet de leurs comportements sexuels et d'usage de drogue par injection pendant leur plus récente période d'incarcération au cours des 3 années précédant l'étude, et au sujet de leur consommation de drogue par injection au cours de la première semaine suivant leur libération.

Entre avril 1994 et janvier 1996, 497 UDI ont été interrogés: 35% étaient séropositifs et 191 (41%) rapportaient avoir été incarcérés au cours des trois dernières années. La durée médiane de leur dernière période d'incarcération était de 3,6 mois. L'usage d'héroïne, de cocaïne et de marijuana durant l'incarcération a été rapporté respectivement par 36%, 20% et 55% des répondants; 84% ont reçu un traitement à la méthadone pendant au moins un certain temps. Seulement 5 UDI (3%) rapportaient avoir consommé de la drogue par injection en prison et ils n'ont pas utilisé de matériel d'injection qui avait été utilisé précédemment par quelqu'un d'autre. Des relations sexuelles vaginales ou anales ont été rapportées par 2 hommes et aucune femme de cette étude.

La rechute vers l'injection de drogue au cours de la première semaine après la libération a été rapportée par 77 (41%) des répondants et dans 82% des cas, cette rechute a eu lieu le jour même de la libération. La plupart d'entre eux (62%) ont consommé seuls leur première dose, et tous sauf un ont dit avoir utilisé du matériel stérile pour cette première injection.

L'étude a conclu que «contrairement aux résultats obtenus dans d'autres pays, les taux de comportements à risque de transmission du VIH sont faibles parmi les UDI incarcérés aux Pays-Bas. Quoique l'utilisation de cocaïne et d'héroïne par voie autre que l'injection soit

fréquente en prison, l'injection de drogue est peu fréquente, présumément à cause du manque d'aiguilles et de seringues stériles.» Les chercheurs ont aussi conclu que, par conséquent, «il ne semble pas y avoir de motifs d'accroître la disponibilité de matériel d'injection stérile dans les prisons néerlandaises.»^{113a} Tel que l'ont rapporté les médias canadiens, l'implantation d'un programme de distribution d'aiguilles dans les circonstances particulières révélées par les détenus qui ont participé à cette étude pourrait être contre-productive.^{113b} Ces circonstances sont les suivantes: à l'opposé des détenus canadiens, tous les détenus néerlandais sont logés dans des cellules individuelles, ce qui réduit considérablement la possibilité que des seringues circulent entre eux; à l'opposé du Canada, 84% des détenus ont reçu un traitement à la méthadone pendant au moins un certain temps de leur incarcération, ce qui, comme l'ont démontré plusieurs études, résulte en une diminution des taux d'usage de drogue par injection; ces facteurs, et d'autres, contribuent à l'obtention, dans cette étude en particulier, de taux de comportements à risque de transmission du VIH qui sont nettement inférieurs à ceux observés parmi les répondants à d'autres études, par exemple celle menée auprès des détenus d'établissements fédéraux au Canada (voir *infra*). De plus, même dans le contexte propre aux Pays-Bas, les conclusions de l'étude d'Amsterdam doivent être lues avec prudence: en plus de ne pas être généralisables au Canada, elles peuvent ne pas être généralisables à de nombreuses prisons néerlandaises — de fait, une autre étude néerlandaise semble les contredire, du moins en partie. Dans une étude auprès de 701 utilisateurs de drogue à Rotterdam (dont 494 étaient des UDI), 57 des 492 UDI qui ont reçu le dépistage étaient séropositifs, pour un taux de séoprévalence du VIH de 12%. De manière importante, l'incarcération constituait un facteur indépendant de risque d'un diagnostic positif parmi les UDI (jamais = ratio de chances de 1; une fois = ratio de chances de 1,96 [0,61 - 6,28]; plus d'une fois = ratio de chances de 3,40 [1,36 - 8,52]), ce qui démontre que des comportements à risque ont cours dans des prisons des Pays-Bas et constituent un facteur important de propagation du VIH.^{113c}

Canada

Montréal — comportements à risque parmi les détenu(e)s

Dans une étude sur les comportement à risque parmi des hommes et des femmes incarcérés dans des établissements à sécurité moyenne de juridiction provinciale à Montréal, 73,3% des hommes et 15% des femmes ont affirmé consommer de la drogue durant leur incarcération. D'entre eux, 6,2% des hommes et 1,5% des femmes s'en injectaient, principalement de la cocaïne. Les relations sexuelles en prison ont été rapportées par 6,1% des hommes et 6,8% des femmes. Les chercheurs qui menaient l'étude ont conclu que «des comportements à risque ont lieu en prison, ce qui renforce le besoin de politiques fermes pour prévenir la propagation intramurale du VIH.»¹¹⁴

Québec — preuves de partage de seringues

Dans une autre étude, qui portait sur la séroprévalence du VIH parmi les détenus d'une prison provinciale à Québec, 12 des 499 détenus ont affirmé s'injecter de la drogue en prison, desquels 11 partagent le matériel d'injection et 3 sont séropositifs.¹¹⁵

Colombie-Britannique — taux élevés de comportements à risque

Dans un établissement fédéral, tel que mentionné précédemment, Nichol a décelé des taux encore plus importants de comportements à risque élevé: 63% des répondants ont déjà reçu un tatouage, 67% indiquent s'être injecté de la drogue en prison ou à l'extérieur (avec 17% qui n'en avait pas consommé avant leur incarcération) et 18% affirmant partager du matériel d'injection avec quelqu'un qui a déjà reçu un diagnostic positif au VIH.¹¹⁶

Établissement Dorchester — taux plus faibles, mais élevés, de comportements à risque

Dans un autre établissement fédéral, celui de Dorchester (Nouveau-Brunswick), Ploem a décelé des taux plus faibles, mais tout de même importants, de comportements à risque élevé: 62% des détenus ont rapporté s'être fait tatouer en prison, 7,5% rapportaient s'y injecter de la drogue, et 9% rapportaient y avoir eu des relations sexuelles.^{116a}

Résultats du Sondage national auprès des détenus du SCC

Les détenus participant au sondage du SCC étaient interrogés sur l'injection de drogue, l'activité sexuelle et le tatouage. Les résultats confirment la prévalence de ces activités.

Utilisation de drogue par injection

Onze pour cent des détenus qui ont répondu (85% de l'échantillonnage total) ont indiqué s'être injecté une drogue illicite ou non prescrite depuis leur entrée dans l'établissement spécifique où ils se trouvent; d'entre eux, seulement 57% croyaient que le matériel d'injection qu'ils utilisaient était «propre», 17% ne le croyaient pas «propre» et les autres ne savaient pas. Les aveux d'usage de drogue par injection sont particulièrement nombreux dans la région Pacifique du SCC, avec 23% des détenus.¹¹⁷

En outre, on demandait aux répondants d'estimer le pourcentage de détenus de leur établissement qui s'étaient injecté au moins une drogue illicite dans la semaine précédant la complétion du questionnaire: 28% des répondants n'en ont rapporté aucun, alors que la majorité (54%) répondait par un estimé d'entre 1% et 25%; les autres 18% estimaient que de 26% à 100% des détenus s'étaient injecté.

Partage de matériel d'injection

On demandait aux répondants d'estimer, parmi les détenus s'étant injecté, quel pourcentage avait partagé leur seringue: 25% des répondants n'en ont rapporté aucun, 43% ont indiqué entre 1% et 25%, et 32% ont répondu par un estimé de 26% à 100% de partage de matériel d'injection. À la question d'estimer le pourcentage de détenus qui désinfectent leur seringue, 20% n'en rapportaient aucun, 45% estimaient entre 1% et 25%, alors que 33% des répondants indiquaient qu'entre 26% et 100% des détenus désinfectent leur seringue.¹¹⁸

Comportement sexuel

Six pour cent des répondants ont indiqué qu'ils avaient eu des relations sexuelles avec un autre détenu depuis leur entrée dans leur établissement actuel. Seulement 33% d'entre eux disent avoir utilisé un condom.

On demandait également aux répondants d'évaluer le pourcentage de détenus de leur établissement actuel qui ont des relations sexuelles avec d'autres détenus (et de ceux qui ont des relations sexuelles anales):

- 19 (20) p. 100 croient que les détenus n'ont pas de relations sexuelles (anales) entre eux;
- 69 (70) p. 100 croient que de 1% à 25% ont des relations sexuelles (anales) entre eux;
- 12 (10) p. 100 croient que de 26% à 100% des détenus ont des relations sexuelles (anales) entre eux.

Tatouage et perçage

Quarante-cinq pour cent des répondants ont affirmé s'être fait tatouer en prison, et 17% se sont fait percer la peau.

Échelle des pratiques à risque de transmission du VIH

Quatre des questions du sondage ont été mises en corrélation pour produire une échelle de pratiques à risque de transmission du VIH: «Les questions se concentraient sur la proportion des détenus qui s'injectent de la drogue, n'utilisent pas de condoms pour les relations sexuelles et ceux qui croyaient que le matériel de tatouage ou de perçage qu'ils ont utilisé n'était pas stérile.»¹¹⁹ En utilisant cette «échelle», on constate que 26% des détenus s'étaient engagés dans des pratiques à risque, avec les plus hauts taux dans la région Pacifique (33%) et les établissements à sécurité maximale (30%).

Risque perçu d'infection

Quarante-six pour cent des détenus se sont dit d'avis que le risque de contracter le VIH est plus élevé en prison que dans la communauté, 31% répondaient par la négative et 23% étaient indécis.

Preuves croissantes de transmission du VIH dans les prisons

Jusqu'à récemment, il existait peu de données scientifiques sur le nombre de détenus qui contractent l'infection à VIH durant leur incarcération.¹²⁰ Selon Hammett et coll., les chiffres disponibles aux États-Unis suggéraient que la transmission se produit dans les établissements correctionnels, mais à un rythme peu élevé.¹²¹ Par exemple:

- Castro et coll. (1991) ont trouvé que 0.3% d'un échantillon de plus de 2 300 détenus, séronégatifs à l'origine, sont devenus séropositifs après avoir passé une année en prison.¹²²
- Brewer et coll. ont constaté que 2 de 393 détenus au Maryland étaient devenus séropositifs après deux ans en prison.¹²³ En appliquant ces résultats à l'ensemble de la population carcérale du Maryland, Hammett et coll. ont évalué que 60 nouvelles infections à VIH y ont lieu annuellement.¹²⁴
- Quelques autres études américaines ont montré des taux annuels de séroconversion de moins de 0.5%.
- Au Federal Bureau of Prisons, 52 cas de séroconversion avaient été identifiés au début de 1993. Cependant dans tous ces cas sauf quatre, ce phénomène s'est produit au cours des six mois suivant le dépistage fait au moment de l'admission, ce qui porte à croire qu'au moins quelques-uns de ces individus étaient déjà infectés, mais que le virus était en période d'incubation au moment de leur entrée dans le système carcéral.

Les résultats de ces études ont parfois été utilisés pour avancer que la transmission du VIH dans les prisons est rare, et qu'en conséquence il n'est pas nécessaire d'augmenter les efforts de prévention. Cependant, tel qu'indiqué par Hammett et coll., «[i]ndépendamment des taux de séroconversion rapportés par les études, il est évident que les activités sexuelles et la consommation de drogue continuent à se produire dans les prisons... et que ce sont là des activités à risque élevé de transmission du VIH». Les preuves anecdotiques de transmission du VIH dans les prisons sont abondantes. Par exemple, dans l'état de la Louisiane, un détenu

trouvé séropositif en 1989 dit avoir été infecté au cours de relations sexuelles et/ou de partage de seringues avec un compagnon de cellule pendant une période de huit mois, durant laquelle ils ont fait «tout ce qu'on peut faire de non-sécuritaire». ¹²⁵ Lors d'une enquête menée par l'organisation communautaire allemande *Deutsche AIDS-Hilfe*, environ 17% des participants séropositifs ont affirmé qu'ils croient avoir contracté l'infection à VIH en prison. ¹²⁶

Des événements récents suggèrent que l'ampleur de la transmission du VIH en prison a été sous-estimée. Depuis que le rapport final du CESP a été rendu public en mars 1994, des preuves de transmission du VIH dans les prisons de l'Écosse, des États-Unis, de l'Australie et d'autres pays ont été publiées, qui offrent des raisons frappantes de prendre au sérieux la transmission du VIH en prison. Au Canada, on ne rapporte pour le moment aucun cas documenté de transmission du VIH en prison, pour la simple raison qu'on n'a fait aucune recherche dans ce sens: chacun sait bien pourtant que la transmission du VIH a cours.

Nous passons ici en revue des rapports publiés. ¹²⁷

Écosse — vague d'infection dans la prison de Glenochil

En 1994, une étude menée à la prison pour hommes de Glenochil a fourni la preuve irrévocable que des vagues d'infection à VIH peuvent se produire et auront lieu dans les prisons à moins qu'on ne prenne la prévention au sérieux. ¹²⁸

L'étude sur la vague d'infection

À la suite du diagnostic de 8 cas aigus d'hépatite B et de 2 cas de séroconversion au VIH apparemment récentes chez des détenus, une initiative de santé publique a été lancée, offrant aux détenus du counselling et un dépistage confidentiel du VIH.

Il y avait eu 636 détenus dans cette prison entre le 1 janvier et le 30 juin 1993, dont 378 (59%) étaient encore incarcérés au lancement de cette opération. La plupart (74%) des 258 détenus qui n'ont pas fait partie de l'étude avaient été transférés à une autre prison, et le reste libéré.

Des 378 qui étaient encore à Glenochil, 227 (60%) se sont prêtés au counselling, dans des taux variant de 43% à 84% entre les 11 sous-sections de la prison. Des déclarations anecdotiques laissent présumer que plusieurs de ceux qui ont refusé le counselling étaient des UDI d'une sous-unité où le taux d'injection est particulièrement élevé. ¹²⁹

Des 227 détenus qui ont reçu du counselling, 76 (33%) avaient des antécédents d'injection: 33 d'entre eux ont déclaré s'être injecté à Glenochil, alors que 43 ont affirmé s'être déjà injecté au cours de leur vie, mais pas à Glenochil. De ces derniers, 34 ont subi un test de dépistage, mais aucun n'a été trouvé séropositif.

Par contraste, des 33 détenus qui avaient déclaré s'être injecté à la prison Glenochil, 27 ont subi un test de dépistage du VIH et 12 ont été diagnostiqués séropositifs; les 15 autres, séronégatifs, pouvaient être dans la période d'incubation. Deux autres UDI de Glenochil avaient été diagnostiqués séropositifs 2 mois plus tôt, pour un total de 14 détenus UDI séropositifs. Des preuves irréfutables de transmission du VIH en prison émanaient de 8 de ceux-ci. Les 6 autres cas peuvent aussi avoir eu lieu en prison, mais la possibilité d'acquisition de l'infection hors de la prison ne pouvait pas être écartée.

Le nombre réel de cas d'infections est probablement encore plus élevé: sur la base de discussions avec des membres du personnel médical de la prison, le Scottish Affairs Committee a évalué que le nombre total de détenus infectés en prison pendant cette période pourrait se situer entre 22 et 43. Le comité reconnaissait aussi que certains des 258 détenus qui n'avaient pas fait partie de l'étude pour cause de transfèrement ou de libération pouvaient avoir été infectés.¹³⁰

Pourquoi est-ce arrivé?¹³¹

À la suite de cette vague d'infection, 12 détenus séropositifs et 10 autres utilisateurs de drogue injectable ont été interrogés en détail sur leurs comportements à risque en prison.

Comme on avait déjà amassé, au moment de cette vague d'infection, des données quantitatives sur l'usage de drogue et le partage de seringues et d'aiguilles, le but des 22 interrogatoires privés et enregistrés était d'étoffer l'information déjà disponible, par un rapport détaillé de la nature et de la dynamique des risques au sein de la sous-culture carcérale d'UDI, permettant une meilleure compréhension des causes de la vague d'infection et des moyens pour prévenir un nouvel incident de ce genre.

Injection, partage et désinfection

À la séance de counselling, on interrogeait les détenus sur leurs pratiques d'injection et de partage de seringue en prison et à l'extérieur:

- Sept de ces détenus étaient devenus UDI lors de leur incarcération à Glenochil. Quant aux autres, la fréquence d'injection se révélait plus faible en prison qu'à l'extérieur. En effet, hors de prison, l'injection tendait à être quotidienne, comparativement à une fréquence hebdomadaire ou mensuelle à Glenochil.
- Quoique la fréquence d'injection soit réduite de beaucoup en prison, on observe le contraire quant au partage de matériel d'injection. Seulement 2 des détenus interrogés s'étaient injecté avec du matériel usagé pendant les 6 mois précédant leur incarcération, contre 20 en prison. Tous les UDI à Glenochil avaient partagé

du matériel d'injection au moins quelques fois.

- Presque tous ont affirmé nettoyer le matériel avant de l'utiliser, mais les méthodes citées sont en grande partie inefficaces: rinçage à l'eau chaude ou à l'eau froide, en majorité. L'un des détenus qui a clairement contracté le VIH à Glenochil a affirmé qu'il nettoyait toujours d'abord ses seringues et aiguilles avec de l'eau de Javel.

Interrogatoires approfondis

Une fois recueillis et analysés les renseignements de base sur les pratiques d'injection, de partage et de désinfection — deux mois après les séances de counselling — on a procédé à l'interrogatoire approfondi de 22 détenus (incluant tous ceux qui avaient été diagnostiqués séropositifs, sauf un) afin d'obtenir de l'information aussi complète que possible en matière de comportements à risque en prison. Chaque détenu était interrogé individuellement dans une pièce privée de l'établissement, pendant une heure et demie en moyenne, avec enregistrement sonore. Ces entrevues non structurées visaient à élucider des détails sur les réseaux de partage, la disponibilité de matériel d'injection, son état, et les procédures de désinfection.

De ce processus est ressortie une description frappante de partage au hasard d'un nombre restreint d'aiguilles et seringues pour la plupart épointées, cassées ou bricolées à partir de matériaux divers. Le verbatim ci-dessous rend compte des propos de détenus.

Tu le croirais pas. C'était comme une scène du Bronx — des cellules pleines de *junkies* qui attendent leur *hit*.

Il y avait seulement une seringue dans la pièce et quelque chose comme 15 ou 20 utilisateurs.

J'ai vu dans ma cellule 7 ou 8 personnes attendre en même temps pour utiliser la même trousse d'injection.

La plupart des détenus affirmaient nettoyer toujours le matériel usagé, mais les circonstances en prison compliquent la tâche de le faire efficacement, malgré la disponibilité de matériel de désinfection. L'injection, en prison comme dans la communauté, est une activité illicite. En milieu carcéral, le temps pour soi est limité, les aiguilles et seringues sont rares et les détenus peuvent être accostés n'importe quand par le personnel carcéral: l'injection et la désinfection sont des choses qu'il faut faire vite.

Quand tu nettoies [le matériel d'injection], d'habitude il y a quelques autres personnes qui attendent aussi pour s'en servir. J'ai vu des gars se relever et juste

le rincer une ou deux fois avec de l'eau froide avant de le donner au prochain. À l'occasion, j'ai remarqué quelques caillots de sang restés dans le fond.

Même disponible, l'eau de Javel peut être inutilisée ou mal utilisée:

Ils n'iraient pas utiliser de l'eau de Javel. Si tu es assis dans une cellule et que tu te dépêches avant de devoir retourner dans la tienne, tu le rinces en vitesse, tu t'injectes et tu le passes au suivant.

Doutes sur l'efficacité de l'eau de Javel

L'efficacité de l'eau de Javel pour décontaminer le matériel d'injection est mise en doute des points de vue biologique et comportemental.¹³² On a remarqué que les UDI sous-estiment le temps requis pour stériliser le matériel. La probabilité de décontamination est susceptible de diminuer encore davantage dans les conditions suivantes:

Une fois, j'utilisais une aiguille verdie qui pliait parce qu'elle était usée. Il a fallu que quelqu'un pousse dessus pour qu'elle pénètre.

Mes bras sont un vrai désastre, des gros bleus et des trous profonds. Les aiguilles ont été aiguisées sur des bouts de papier sablé.

On les nettoyait toutes mais je pense qu'on l'a attrapé de l'aiguille parce qu'elle est rouillée à l'intérieur et que du sang reste peut-être accroché là-dessus. Ou le piston — on a dû prendre un sac de plastique et l'étirer par-dessus et l'attacher avec un peu de fil, mais le sac de plastique fendait quand on l'étirait. Je pense que le virus était là-dedans parce que j'ai vu — c'était pas exactement de la moisissure, mais ça y ressemblait.

Les piqueries et le partage au hasard ont été identifiés comme des facteurs de risque élevé de transmission du VIH.¹³³ Il ne fait pas de doute que Glenochil était le site d'un scénario de piquerie.

Raisons de la vague d'infection

Dans leurs commentaires sur les raisons de cette vague d'infection à VIH dans l'établissement de Glenochil, Taylor et Goldberg ont dit que:

Dans les prisons écossaises, les tablettes d'eau de Javel sont maintenant disponibles et des programmes de désintoxication ont été mis sur pied dans certains établissements, incluant Glenochil. Mais les deux plus efficaces et principaux moyens de prévention de la transmission du VIH — l'échange de

seringues/aiguilles et le traitement d'entretien à la méthadone — ne sont pas disponibles. Si l'on veut prévenir autant que possible la transmission du VIH, il faudra pourtant que les méthodes de réduction des méfaits qui sont appliquées dans la communauté le soient aussi en prison.¹³⁴

Ils poursuivent en disant qu'il est compréhensible que le personnel carcéral soit inquiet des risques potentiels que pourrait entraîner pour la sécurité une plus grande disponibilité d'aiguilles dans l'environnement carcéral, et que — malgré les succès des programmes pilotes d'échange de seringues et d'aiguilles dans les prisons de Suisse — une résistance politique et culturelle persistera à l'égard de cette solution dans plusieurs pays. Ils concluent néanmoins que, afin de prévenir une autre vague d'infection comme celle survenue à Glenochil, «il faut mettre autant d'efforts en prison et y appliquer les mesures de prévention offertes aux UDI dans la communauté en général»:

Afin de subvenir à leurs habitudes de consommation, vu l'illégalité de l'usage de drogue, plusieurs UDI adoptent un style de vie qui les entraîne vers la criminalité et leur vaut d'être incarcérés pour de larges parts de leur vie. Pour certains d'entre eux, la prison offre une opportunité de cesser l'usage de drogue, du moins pendant la durée de l'incarcération. Certains ressortent donc de prison en meilleure santé qu'au moment de leur admission. En contrepartie, pour ceux qui ne se défont pas de leur habitude, la prison telle qu'elle existe constitue un environnement à risque extrême.¹³⁵

Après la vague d'infection, Gore et Bird ont souligné que dans les circonstances actuelles «une peine d'emprisonnement, déniait l'accès à des aiguilles stériles pour les UDI, peut devenir une peine de mort.» Ils soulignent que «l'éducation sur le VIH ne suffit pas à éviter la peine de mort que constitue la transmission du VIH», ajoutant que:

Si les politiciens étaient assez humains pour reconnaître aux détenus les mêmes droits qu'au reste de la population de réduire leur risque d'être infectés par le VIH, les services de prisons pourraient alors aider les détenus à cesser de se mettre en danger les uns les autres et ils pourraient accorder ces droits sans risquer un désordre dans les prisons. Les initiatives concrètes sont entravées par le manque de volonté politique et de réforme du droit.¹³⁶

Gore et Bird ont conclu en insistant sur le fait que — tel que démontré par la recherche — «les détenus ont plus de chances que le reste de la population d'UDI d'avoir eu plusieurs partenaires sexuelles et d'avoir eu des relations sexuelles avec d'autres hommes.»¹³⁷ L'évidente implication de ceci pour la santé publique est que les détenus ont davantage besoin que le reste de la population de mesures concrètes de réduction des méfaits. En plus d'exhorter les prisons à rendre disponibles ces mesures, Gore et Bird les incitent à développer un protocole de santé publique en cas de transmission du VIH en milieu carcéral: «Ce

protocole doit garantir aux détenus le droit à la confidentialité médicale et assurer que des données épidémiologiques valables soient compilées.»¹³⁸

Australie — réseau de transmission du VIH

Des preuves de transmission ayant lieu en milieu carcéral ont été relevées aussi dans des prisons de l'Australie.

Dolan a rapporté le premier cas confirmé de séroconversion en milieu carcéral dans ce pays: un homme de 32 ans incarcéré constamment depuis avant 1980 jusque après 1990. Son dossier médical à la prison confirme que son sérum a été diagnostiqué négatif pour les anticorps du VIH en juillet 1987, mais positif en novembre 1989. Ses premières expériences rapportées de contact homosexuel et d'injection de drogue ont eu lieu en prison. Le détenu avec lequel il a affirmé avoir partagé des aiguilles est décédé de maladie liée au sida, de même qu'un autre détenu avec lequel il a affirmé avoir eu des contacts sexuels en 1988. Dolan a souligné que les comportements à risque élevé en prison, couplés à l'accès limité à des méthodes de réduction des risques, résultent en une augmentation du potentiel de transmission du VIH. Elle ajoute que le roulement rapide dans les populations carcérales peut entraver les chances de détecter cette transmission. Sa conclusion rejoint l'idée qu'il est nécessaire de mettre plus d'emphasis sur la prévention de la transmission du VIH en prison, «incluant la désinfection des seringues et possiblement l'échange de seringues et d'aiguilles, des programmes de traitement des toxicomanies (spécialement l'entretien à la méthadone) et la fourniture de condoms.»¹³⁹

Sur la base du premier cas confirmé de séroconversion, Dolan a ensuite mené des recherches sur un présumé réseau d'infection à VIH parmi les détenus australiens. Neuf UDI et leurs contacts en prison ont été retracés, leurs dossiers correctionnels et médicaux ont été examinés et la probabilité d'acquisition du VIH en prison a été évaluée en fonction de:

- résultats négatifs et positifs au dépistage du VIH effectué en prison;
- probabilité d'infection primaire par le VIH plus de 28 jours après l'entrée en prison;
- transfèrement vers une section particulière de la prison au cours d'une période critique d'un mois; et
- aveu de partage de matériel d'injection en prison.

L'enquête a montré qu'un total de 7 UDI avaient possiblement été infectés en prison, ce qui a porté Dolan à conclure, encore une fois, que «la transmission du VIH entre détenus peut avoir été sous-estimée par les méthodes actuelles de surveillance» et que «la prévention du VIH

dans les prisons doit être reconsidérée à la lumière de ces nouvelles preuves.»¹⁴⁰

Un autre cas de séroconversion a été rapporté dans une prison de l'État de Queensland.¹⁴¹

États-Unis — fortes preuves de transmission du VIH dans des prisons de Floride

Mutter et coll. ont identifié 556 détenus du service correctionnel de Floride incarcérés continuellement depuis 1977. On a examiné les dossiers médicaux de ces détenus pour savoir s'ils avaient subi un test de détection du VIH et, dans l'affirmative, s'ils étaient séropositifs. Quatre-vingt-sept de ces 556 détenus avaient subi un tel test. De ce nombre, 18 (21%) ont été diagnostiqués séropositifs, une preuve importante de la transmission du VIH en milieu carcéral.¹⁴²

France — la détention en tant que facteur de risque

Dans une étude menée dans des prisons du Sud-est de la France sur la séroprévalence du VIH et les facteurs de risque, 20% des participants étaient des UDI et 51% d'entre eux rapportaient avoir partagé du matériel d'injection avant leur incarcération (les chercheurs n'ont pas été autorisés à recueillir d'information sur les comportements à risque en prison). Le résultat le plus troublant est que, lorsque l'on répertorie par âge, sexe et renseignements disponibles sur les facteurs de risque, la séroprévalence du VIH se révèle considérablement plus élevée chez les détenus qui avaient été incarcérés plus d'une fois (19,9% contre 4,4%). Selon les chercheurs, l'une des hypothèses est que l'incarcération constitue en soi un facteur de risque — la probabilité d'infection augmentant avec la fréquence et la durée d'incarcération: «Considérant le faible niveau des stratégies de prévention dans les prisons de France, l'emprisonnement constitue une situation de risque élevé.»¹⁴³ Ils concluent en affirmant que la lutte contre le sida doit inclure une stratégie efficace de prévention dans les prisons: «Des mesures préventives telles l'accès facile des détenus à des condoms, la fourniture d'eau de Javel aux UDI, l'application de programmes d'échange de seringues et la prévention de l'introduction de drogues illicites, devraient être mises sur pied ou améliorées de toute urgence.»¹⁴⁴

Thaïlande — augmentation radicale de l'infection à VIH après une amnistie

En 1987, la prévalence de l'infection à VIH parmi les UDI se présentant pour un traitement de la toxicomanie à Bangkok est passée de 2% avant le 9 février à 27% en date du 7 mars.¹⁴⁵ Cette augmentation subite a succédé de près à la libération de nombreux détenus par une amnistie accordée à l'anniversaire du roi du pays. Une transmission importante du VIH en prison a été pressentie comme la cause de cette augmentation. L'étude ne faisait que suggérer que la transmission avait lieu en prison, mais indiquait que le phénomène est potentiellement énorme.

Hépatite C

Les taux de prévalence de l'hépatite C dans les prisons canadiennes sont très élevés, reflétant le fait que les UDI sont surreprésentés en prison et que les taux rapportés de séroprévalence parmi les UDI dans la communauté sont élevés. Bien que la plupart des détenus séropositifs au virus de l'hépatite C (VHC) soient déjà infectés lorsqu'ils arrivent en prison, le potentiel de propagation intramurale est fort — le VHC se transmet beaucoup plus facilement que le VIH — et la transmission a été documentée dans des prisons au Canada,¹⁴⁶ en Allemagne et aux États-Unis. Tel que l'expriment les auteurs d'une étude canadienne:

La séroprévalence de l'hépatite C [en prison] est vraisemblablement un indice de consommation de drogues injectables. L'infection peut bien avoir eu lieu avant l'incarcération, mais ce résultat [élevé de la prévalence du VHC] indique qu'une portion considérable de la population observée présente une tendance à des comportements à risque élevé. Elle indique également qu'un fardeau considérable de problèmes de santé se manifesterà, initialement dans les services de santé des prisons, mais échoira ultimement aux systèmes de santé provinciaux.¹⁴⁷

Nouveaux cas d'hépatites dans les prisons fédérales canadiennes

De janvier à août 1995, 223 nouveaux cas d'hépatite C active et 22 nouveaux cas d'hépatite B ont été signalés dans les prisons fédérales au Canada.¹⁴⁸ En 1996, le nombre de nouveaux cas a augmenté considérablement: seulement de janvier à avril, on a rapporté 167 nouveaux cas d'hépatite C active et 19 nouveaux cas d'hépatite B.¹⁴⁹

Études dans des prisons canadiennes

Trois études menées dans des prisons canadiennes ont révélé des taux de prévalence du VHC allant de 28% à 40%.

Prison des femmes

La première a montré qu'à la prison fédérale pour femmes de Kingston, le taux de prévalence du VHC était de 39,8% parmi les 86,9% de détenues qui se sont prêtés au dépistage. Il s'agissait d'une étude transversale reliée, mais anonyme et volontaire, menée conjointement à une étude sur la séroprévalence du VIH dans la même population. On n'a pas tenté d'évaluer les comportements à risque parce que les représentantes des détenues avaient fait valoir que ceci pouvait compromettre la participation.¹⁵⁰

Établissement de Joyceville

Dans une deuxième étude, menée à l'établissement de Joyceville, un pénitencier fédéral à sécurité moyenne près de Kingston, 27,9% parmi les 68% de détenus ayant participé étaient séropositifs au VHC.¹⁵¹ Une conscience croissante de l'hépatite C dans des établissements de la même région a incité un plus grand nombre de détenus à demander un test de dépistage. Dans cette étude, le dépistage de l'hépatite C a été offert à toute la population de l'établissement sur une base volontaire nominale. La prévalence observée est inférieure à celle de la prison pour femmes. Selon les auteurs de l'étude, ceci pourrait refléter une différence dans l'exposition au risque avant l'incarcération, entre les hommes et les femmes.

Détenus de sexe masculin en Colombie-Britannique

Une troisième étude a révélé un taux de prévalence de 28% dans une prison pour hommes en Colombie-Britannique.¹⁵²

Études dans des prisons d'autres pays

Des chiffres semblables ont été rapportés par d'autres systèmes carcéraux.

Australie

Dans les prisons de Victoria (Australie), 39% des 3 627 détenus soumis à des tests de dépistage avaient été exposés à l'hépatite C; 46% avaient déjà consommé de la drogue par injection. La prévalence de l'hépatite atteint 50% dans des prisons de la Nouvelle-Galles du Sud.¹⁵³

É.-U. (Maryland)

Parmi les détenus participant à une étude sur la prévalence et l'incidence de l'hépatite C au Maryland, 38% avaient déjà des anticorps au VHC au moment de leur entrée en prison. Dans l'étude, 87% des détenus séropositifs au VIH l'étaient aussi au VHC. Des 164 détenus initialement séronégatifs, 2 ont présenté une séroconversion.¹⁵⁴

É.-U. (Connecticut)

Parmi les détenues qui ont participé à une étude sur la prévalence et l'incidence de l'hépatite C dans le seul établissement pour femmes au Connecticut, 32% d'un échantillonnage de 174 détenues constitué au hasard, 76% d'un échantillonnage de 162 détenues UDI, et 46% d'un échantillonnage de 154 détenues non-UDI qui rapportaient avoir eu des relations sexuelles avec des UDI, ont obtenu des résultats positifs aux anticorps du VHC. Au cours du suivi d'un

an, 3 des 13 UDI séronégatives au VHC y sont devenues séropositives.^{154a}

Allemagne

Les résultats d'une étude menée dans la prison pour femmes de Vechta, en Basse-Saxe (Allemagne), ont clairement montré qu'au moins 20 femmes avaient contracté l'hépatite au cours de leur détention.¹⁵⁵

Dans le cadre de cette étude, on a examiné 1032 dossiers médicaux pour évaluer les données sur la prévalence du VIH, des hépatites A, B et C, et de la syphilis chez les détenues de 1992 à 1994. Environ un tiers de la population étudiée était constituée d'UDI, et 74% de l'ensemble avait déjà subi au moins un test de détection de ces infections. Les taux de prévalence observés sont les suivants:

- prévalence du VIH de 4,9% chez les UDI; 0,5% chez les autres;
- prévalence de l'hépatite B de 78% chez les UDI; 12,7% chez les autres;
- prévalence de l'hépatite C de 74,8% chez les UDI; 2,9% chez les autres;

On a examiné les dossiers des détenues présentant au moins deux tests pour la même infection pour déterminer si des séroconversions avaient eu lieu pendant des sentences d'emprisonnement ininterrompues. Pour 41 UDI il était possible de documenter une séroconversion. Vingt d'entre elles (48,8%) avaient clairement contracté une hépatite en prison.

Potentiel alarmant de hausse du VIH

Les taux élevés de prévalence de l'hépatite C relevés dans ces études sont fort troublants. Le VHC est généralement transmissible par des transfusions sanguines ou l'usage de matériel d'injection contaminé, le contact sexuel présentant une possibilité plus limitée. Au sein de la population carcérale, il est probable que la prévalence de l'hépatite C constitue un indicateur de l'usage de drogue injectable à un moment donné et «laisse entrevoir un risque alarmant de transmission du VIH».¹⁵⁶ Selon les auteurs de deux des études canadiennes, les résultats de ces études «font aussi ressortir encore une fois combien il est nécessaire de mettre en oeuvre les stratégies de réduction des méfaits liés à l'usage de drogues dont fait état le rapport du Comité d'experts sur le SIDA et les prisons.»¹⁵⁷ Il sera en outre nécessaire de:

chercher à connaître davantage autant les circonstances précises de l'infection, reliée avant tout à l'utilisation de drogues et peut-être à l'activité sexuelle, que le risque indépendant que présente le tatouage et autres pratiques de *bodypiercing*. L'incidence de l'infection chez les

délinquants pendant leur incarcération devra aussi être examinée.¹⁵⁸

Actions en justice déposées par des détenus

Trois affaires récentes soulèvent la question de la responsabilité des gouvernements à l'égard de la santé des détenus qui sont sous leurs soins.

L'affaire australienne «des condoms»

Tel qu'abordé plus en détail par Malkin à l'Annexe 1 du présent document, 50 détenus ont intenté une action en justice contre l'État de la Nouvelle-Galles du Sud (N.-G.S.) pour défaut de leur fournir des condoms.¹⁵⁹ Leur avocat a fait remarquer que «être privés des moyens préventifs ne fait pas partie de la punition infligée aux détenus».¹⁶⁰ En partie à cause de cette action en justice, le gouvernement de la N.-G.S. a décidé de mettre à l'essai la distribution de condoms dans 3 prisons. Quoique l'action en justice est en cours et reste à préciser, les détenus impliqués ont décidé de ne pas exercer de nouvelles pressions tant que durent les essais sur les condoms. Si, au terme de cette expérience, la distribution générale de condoms est appliquée dans les prisons de cet État, il est probable que l'action soit retirée.

L'affaire australienne «de la séroconversion»

Un détenu dont la séroconversion a eu lieu pendant qu'il était dans un établissement à sécurité maximum du Queensland (Australie) a intenté une action en dommages pour négligence contre le Queensland Corrective Services Commission (QCSC). Cette action s'ajoute à un certain nombre de cas mettant en cause la conduite de la QCSC dans le traitement de détenus séropositifs. Les faits de cette affaire sont les suivants:

- les prisons du Queensland ne fournissent ni condoms ni seringues;
- les autorités correctionnelles ont recherché et confisqué ces items;
- les détenus subissent un test de dépistage des anticorps au VIH à leur admission, puis après 3 mois et 6 mois, puis annuellement, et enfin à leur libération;
- le détenu en cause est incarcéré à long terme et avait reçu des résultats négatifs à plusieurs tests de dépistage du VIH avant d'obtenir ce résultat positif;
- toutes les parties reconnaissent que la séroconversion a eu lieu en prison;

- les autorités correctionnelles ont d'abord dit que le détenu avait administré des premiers soins à un autre détenu, qui avait des coupures aux mains;
- elles ont allégué par la suite que le détenu avait été exposé à du sang d'un détenu séropositif en jouant au ballon-volant;
- les sports de contact ont été subséquemment interdits aux détenus;
- certains soupçonnent que le détenu aurait contracté le VIH à l'occasion de rapports sexuels non-protégés ou l'injection de drogue et que, par conséquent, ce cas soulève la question de la responsabilité des prisons de fournir des condoms, de l'eau de Javel et des aiguilles stériles.¹⁶¹

L'une des affaires impliquant le QCSC est toujours en cours et les audiences sont prévues pour septembre 1996. Cependant, l'action en dommages a été abandonnée parce qu'elle était financée par l'aide juridique et que les coûts pour la mener à terme auraient été trop élevés.

L'affaire canadienne «de la méthadone» (Colombie-Britannique)

En avril 1996, une femme séropositive a été condamnée à une peine d'emprisonnement de 21 jours au Burnaby Correctional Centre for Women (BCCW), en Colombie-Britannique. À l'époque où sa peine fut prononcée, elle participait à un programme d'entretien à la méthadone sous la surveillance de son médecin de premier recours. Conformément à une politique de longue date du service correctionnel de la Colombie-Britannique, le BCCW a refusé de lui fournir de la méthadone. À la suite de ce refus, elle a déposé une requête auprès de la Cour suprême de la Colombie-Britannique pour obtenir la délivrance d'un bref d'*habeas corpus*.¹⁶²

Dans sa requête au tribunal, la requérante a plaidé que, compte tenu de la situation dans laquelle elle se trouvait, sa détention était illégale. Elle a soulevé plusieurs arguments de droit constitutionnel fondés sur la *Charte canadienne des droits et libertés*. Malgré la position qu'il avait adoptée initialement, le BCCW a fait examiner la requérante par un médecin de son service, qui lui a prescrit de la méthadone. Par la suite, la requérante a retiré sa requête en *habeas corpus*.

Il est important de souligner que, dans un affidavit déposé en l'espèce, la directrice des services de santé du service correctionnel de la Colombie-Britannique a indiqué que la politique du service serait modifiée pour reconnaître la validité du modèle de réduction des méfaits pour les détenus et pour permettre le traitement à la méthadone des détenus dans certaines situations.

Depuis, le médecin de la détenue a affirmé que «même si l'affaire n'a pas établi un précédent en droit à proprement parler, un précédent a tout de même été créé dans les faits», ajoutant qu'il espère voir le service correctionnel de la Colombie-Britannique agir en conséquence, et que «nous sommes certainement prêts à répéter une telle contestation judiciaire si le besoin se présente». ¹⁶³

Conclusion

Ces trois affaires démontrent la volonté des détenus d'intenter des actions en justice contre l'inaction des gouvernements. Dans les trois cas, l'action en justice a procuré le catalyseur nécessaire pour initier des changements prônés depuis longtemps et des réactions raisonnables de la part des autorités correctionnelles. Les tribunaux n'ont même pas eu à se prononcer sur les questions soulevées par ces actions: les gouvernements et autorités correctionnelles, en partie à cause des poursuites, ont réagi avant de n'y être forcés par la cour.

Rapports d'études sur le VIH/sida dans les prisons

Depuis la publication du Rapport du CESP (mars 1994), plusieurs rapports sur le VIH/sida dans les prisons ont été publiés dans d'autres pays. De manière générale, ces rapports contiennent des recommandations très semblables à celles déposées par le CESP. Ceci renforce le consensus à l'effet que l'on doit faire davantage pour prévenir la transmission du VIH dans les prisons et pour mieux prendre soin des détenus vivant avec le VIH/sida.

Pays-Bas

Le Comité national néerlandais sur le contrôle du sida (NCAB) a récemment publié un rapport de 90 pages intitulé *Sida et détention: le combat contre le sida dans les institutions pénitentiaires des Pays-Bas*. ¹⁶⁴ Le rapport exprime une préoccupation à l'égard de la politique actuelle sur le VIH et le sida dans les prisons néerlandaises. Le NCAB souligne que de nombreux détenus appartiennent à des groupes particulièrement susceptibles de contracter l'infection à VIH: consommateurs de drogue, prostitués, jeunes marginaux, itinérants. On considère que les prisons offrent un moyen de les rejoindre par des activités d'éducation et de prévention. Selon les auteurs, la politique sur le sida dans les prisons devrait être équivalente à celle qui s'applique dans le reste de la société et correspondre aux Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le sida dans les prisons.

Royaume-Uni

En juin 1995, le Service des prisons de l'Angleterre et du pays de Galles rendait public son

Rapport sur le VIH/sida en prison.¹⁶⁵ Le document comprend 39 recommandations touchant la recherche, l'éducation du personnel et des détenus, la prévention, la réduction des risques et la réduction des méfaits, le counselling, les soins psychologiques et sociaux, et les aspects médicaux du VIH en prison. Il recommande entre autres que des agents nettoyeurs (désinfectant liquide et tablettes de stérilisation Milton), condoms, digues dentaires et lubrifiant à base d'eau soient rendus facilement accessibles aux détenus.

Toutes les recommandations du Comité ont été acceptées, sauf pour une exception étonnante: on ne facilitera pas l'accès général aux condoms, mais ces derniers demeureront disponibles uniquement sur prescription, «seulement si le jugement clinique du médecin établit qu'il y a un risque d'infection à VIH.» Or, à une époque où de nombreux systèmes carcéraux, partout dans le monde, offrent aux détenus un accès facile à des condoms — et alors que l'expérience a prouvé que ceci peut être réalisé sans aucun problème et avec le soutien de la direction, du personnel et des détenus — cela est à peine compréhensible.

Le rapport met l'emphase sur le travail d'équipe multidisciplinaire pour s'attaquer aux problèmes liés au VIH/sida en prison, ce qui est un indicateur du consensus international actuel. Plusieurs des recommandations de ce rapport sont identiques (ou du moins similaires) à celles déposées par d'autres comités et par l'OMS, à une exception près: il ne recommande pas de mettre sur pied des programmes d'échange de seringues dans les prisons de l'Angleterre et du pays de Galles. Le rapport ne réussit pas à aborder directement cette question: le Comité a considéré de recommander le développement de plans pour l'échange de seringues, mais

a trouvé qu'une telle approche serait chargée de difficultés et cadrerait difficilement dans le travail des autorités et du personnel carcéral de déceler le trafic de drogue en prison et d'empêcher son usage. Le conflit entre le fait d'encourager les détenus à avoir recours à un dispositif d'échange de seringues et celui de détecter l'usage illicite de drogue ne serait pas résolu facilement.

Toutefois, en complète contradiction avec cet argument, le Comité ajoute que

la probabilité d'infection par le VIH entre usagers de drogue en prison est telle que le Service des prisons devrait rendre disponibles les moyens de stériliser efficacement les aiguilles, pour les usagers clandestins de drogue injectable.

Certes, il est plus difficile de rendre disponibles des aiguilles que de l'eau de Javel; cependant, dans les termes du conflit invoqué par le Comité il n'y a pas de différence entre la disponibilité d'aiguilles et celle d'eau de Javel: les deux constituent une reconnaissance de l'usage de drogue en prison, et les deux créent un dilemme entre, d'une part, le mandat des systèmes

carcéraux de prévenir l'usage de drogue et, d'autre part, leur responsabilité de prévenir la propagation du VIH.

Australie: politique communautaire sur les maladies transmissibles par le sang en prison

Plusieurs groupes communautaires en Nouvelle-Galles du Sud ont uni leurs forces pour présenter une politique sur la prévention et le traitement, dans le système carcéral, des maladies transmissibles par le sang, telles que l'infection à VIH et l'hépatite C.¹⁶⁶ Cette politique a pris effet le 18 septembre 1995. Elle reflète les préoccupations et les intérêts de nombreuses organisations communautaires, dont le Conseil du sida de la Nouvelle-Galles du Sud (ACON), une association d'utilisateurs de drogue, le Conseil de l'Hépatite C de la N.-G.S., un groupe de militants en faveur des droits des détenus et un groupe de personnes transsexuelles. Selon Geoffrey Bloom, conseiller en matières de politiques à ACON, toutes les mesures proposées dans cette politique devront être appliquées avant que la N-G.S. puisse dire qu'elle fait tout en son possible pour lutter contre l'épidémie.¹⁶⁷

La politique recommande, notamment:

- «l'accès libre et confidentiel [des détenus] à du matériel d'injection neuf, sur la base stricte d'échange»; que le matériel d'injection soit «prohibé dans les espaces communs de la prison, sauf lors du déplacement nécessaire pour se rendre au point d'échange»; que les détenus «reçoivent de l'information et de l'éducation sur l'utilisation appropriée du matériel d'injection»; que les prisonniers «connus comme possédant déjà du tel matériel ne soient pas sujets à un traitement discriminatoire ou à des fouilles de cellule harcelantes»;
- l'accès des détenus à de l'eau de Javel et à du matériel de stérilisation d'usage clinique courant pour désinfecter le matériel de tatouage et de perçage de la peau;
- l'absence d'une limite de nombre, dans les programmes d'entretien à la méthadone pour les détenus ayant un historique d'usage d'opiacés;
- l'information et l'accès des détenus séropositifs à tous les traitements existants, thérapies complémentaires, thérapies alternatives et/ou naturelles;
- l'examen plus rapide des demandes de libération conditionnelle de détenus sérieusement malades.

La politique aborde aussi une question sous-jacente aux nombreux problèmes liés au VIH/sida

dans les prisons: les lois actuelles sur la drogue, qui entraînent l'incarcération de nombreux consommateurs de drogue qui continueront de s'y adonner en prison et seront ainsi exposés à un risque accru de contracter le VIH. Afin de diminuer le nombre d'usagers de drogue condamnés à l'incarcération, la politique suggère diverses modifications aux lois sur la drogue.

Écosse: rapport sur l'usage de drogue en prison

Selon ce rapport, l'objectif premier des prisons est d'assurer l'incarcération sécuritaire de ceux qui y sont condamnés par les tribunaux:

Cette privation de liberté constitue la punition, qui consiste en l'incarcération. La réhabilitation quant à l'usage de drogue ne devrait pas être perçue comme un objectif fondamental des prisons, et y envoyer les utilisateurs de drogue sur cette base constituerait un pas en arrière.¹⁶⁸

Le rapport presse les gouvernements et les systèmes correctionnels de prévenir les conséquences potentiellement néfastes de l'incarcération des utilisateurs de drogue, en particulier celle d'éventuellement augmenter le risque en matière de VIH/sida:

Ceci implique que l'on observe ce qui arrive aux consommateurs de drogue en prison et après leur libération. Il est nécessaire qu'une coalition de services soit en contact avec les prisons afin de réduire au minimum les méfaits possibles pour les détenus, l'impact sur les prisons et le risque pour la santé publique.¹⁶⁹

Le rapport conclut que

il serait avantageux que les autorités correctionnelles adoptent les buts et objectifs d'une réaction visant la réduction des méfaits de l'usage de drogue et du VIH. Ceci appelle une réponse pragmatique et la compréhension du fait que l'idée de prisons sans drogue ne semble pas plus réaliste que l'idée d'une société sans drogue et que, par conséquent, la stabilité serait peut-être en fait plus accessible si l'on dépassait le stade de ce concept. En outre, l'adoption d'une perspective de réduction des méfaits placerait les prisons dans une meilleure position pour ne pas être associées aux principaux foyers d'inquiétude pour la santé publique, telles la propagation du VIH.»¹⁷⁰

Échange de seringues et d'aiguilles en prison

L'Office de santé publique de Suisse (OFSP) est d'avis que les détenus doivent

avoir les mêmes possibilités que les personnes en liberté de se protéger contre une infection par le VIH. La mise à disposition de seringues et d'aiguilles stériles... fait aujourd'hui partie des mesures de prévention du sida chez les toxicomanes qui s'injectent des drogues par voie intraveineuse. Les mêmes droits, c'est-à-dire celui de disposer librement de seringues et d'aiguilles stériles ainsi que de bénéficier de conseils et d'une assistance médico-sociale, échoient aux détenus.¹⁷¹

Historique

Au Canada comme ailleurs, la provision de matériel d'injection stérile aux détenus a été abondamment recommandée comme une mesure nécessaire pour réduire la propagation du VIH en prison.¹⁷² Dans son rapport final, le CESP a fait remarquer qu'en raison de la rareté du matériel d'injection dans les établissements correctionnels, il est presque certain que les détenus qui continuent de s'injecter de la drogue partageront du matériel:

Certains consommateurs de drogues ont dit que le seul endroit où ils ont partagé des aiguilles était en milieu carcéral et qu'ils ne l'auraient pas fait ailleurs. L'accès à du matériel d'injection de drogues propre permettrait aux détenus d'éviter d'avoir à partager leur matériel.¹⁷³

Le comité a conclu qu'il sera éventuellement inévitable de «distribuer du matériel d'injection stérile dans les prisons, surtout en raison des doutes quant à l'efficacité de l'eau de Javel pour détruire le VIH». ¹⁷⁴ Tel que déclaré conjointement par les Centers for Disease Control and Prevention, le Center for Substance Abuse Treatment et le National Institute on Drug Abuse: «À la lumière d'études récentes, on a conclu que la stérilisation au moyen d'eau de Javel ne devrait être envisagée pour réduire le risque d'infection à VIH découlant de la réutilisation ou du partage d'aiguilles et de seringues (et d'autre matériel d'injection) **seulement lorsque aucune autre méthode plus sûre n'est disponible.**»¹⁷⁵ Ces trois organismes américains ajoutaient que des aiguilles et des seringues stériles qui n'ont jamais servi sont plus sûres que des aiguilles et des seringues qui ont été utilisées puis nettoyées à l'eau de Javel.

Le CESP recommandait donc «que des études soient effectuées en vue de trouver des moyens et d'élaborer des mesures, incluant l'accès à du matériel d'injection stérile, qui permettront de réduire encore davantage le risque de transmission du VIH associé à l'utilisation de drogues injectables dans les établissements correctionnels fédéraux.»¹⁷⁶

Cette recommandation du CESP, qui concorde avec celles de nombreux comités et organismes nationaux et internationaux, a été réitérée dans un certain nombre de nouveaux rapports ainsi que par les responsables d'une étude australienne sur la disponibilité d'eau de Javel et les comportements à risque dans les prisons de la N.-G.S.¹⁷⁷ Cette étude a l'importance d'avoir été la première au monde à permettre qu'un programme de distribution

d'eau de Javel pour les détenus soit suivi et évalué par une entité indépendante. Elle portait sur l'accès des détenus de la N.-G.S. à des désinfectants pour la décontamination de seringues, la prévalence de la consommation de drogue injectable, du partage de seringues, du tatouage et de l'activité sexuelle en prison. L'étude a révélé que, trois ans après la mise sur pied de la distribution désinfectant, 62% des détenus avaient encore des difficultés à s'en procurer. Elle concluait que «même si une forme efficace et acceptable de désinfectant était identifiée, des problèmes d'application pourraient toujours compromettre l'efficacité d'un programme de désinfection de seringues pour les détenus...». Elle a mis en relief d'autres défauts attribuables à un programme de désinfection de seringues, dont l'incertitude quant à l'efficacité et à la rapidité de l'eau de Javel en tant que décontaminant contre certains autres virus transmissibles par le sang, notamment ceux des hépatites B et C. On y concluait que d'autres mesures préventives doivent être explorées et que l'une d'entre elles à considérer est l'essai d'un programme d'échange de seringues en milieu carcéral.

Un an plus tard, une étude de suivi a observé qu'il y avait eu une amélioration dans l'accessibilité de l'eau de Javel depuis la première étude: 56% des répondants trouvaient alors facile de s'en procurer sous l'une des deux formes (tablettes de stérilisation Milton et eau de Javel liquide) en prison. Néanmoins, elle démontrait des lacunes dans les programmes de distribution d'eau de Javel et recommandait à nouveau que l'on considère l'implantation d'un projet pilote d'échange de seringues en prison.¹⁷⁸

Alors que le SCC rejetait la recommandation du CESP d'entreprendre une telle étude pilote, un nombre croissant d'établissements correctionnels à travers le monde ont mis sur pied des programmes d'échange de seringues et d'aiguilles — ou sont sur le point de le faire. Nous effectuons ici un survol de ces programmes.

Suisse — une histoire de pragmatisme

Projet pilote de Hindelbank

La distribution de seringues stériles, une mesure de prévention qui depuis des années a fait ses preuves hors du milieu carcéral, n'a pas jusqu'ici franchi les portes de la prison. On a invoqué comme raison principale l'incompatibilité de cette mesure de protection de la santé avec l'interdiction des drogues illégales. La controverse découlant de ce dilemme est marquée par des spéculations et des peurs sur les répercussions de l'introduction de cette mesure pragmatique dans les prisons.

Le programme de prévention mis en oeuvre dans les Établissements de Hindelbank et incluant, entre autres mesures, la distribution de seringues stériles, avait pour objectif de dissiper certaines de ces inquiétudes. Il ne s'agissait bien sûr aucunement de donner le feu vert à la consommation de drogues et encore

moins de promouvoir les abus, mais de contribuer à réduire les risques pour la santé des détenues.¹⁷⁹

Un projet pilote d'un an incluant la distribution de matériel d'injection stérile s'est amorcé en juin 1994 dans l'établissement pour femmes de Hindelbank. Un an plus tard, on décida de poursuivre le programme, vu les résultats clairement positifs démontrés par des experts indépendants:

- amélioration de l'état de santé des détenues;
- aucun nouveau cas d'infection à VIH ou d'hépatite B;
- diminution importante du partage de seringues;
- aucune augmentation dans la consommation de drogue;
- aucune «attaque à la seringue».

L'établissement de Hindelbank

Hindelbank est la seule prison pour femmes sur le territoire germanophone de la Suisse. L'établissement peut accueillir jusqu'à 110 détenues dans ses 6 divisions. Au cours de l'année d'évaluation du projet pilote, 99 femmes sont entrées à Hindelbank et 112 ont quitté l'établissement; le taux d'occupation moyen a été de 87 détenues. La majorité des détenues ont été condamnées pour infraction à la loi sur les stupéfiants; une détenue sur trois a consommé de l'héroïne ou de la cocaïne avant son incarcération.

Historique du projet

À la fin des années 1980, alerté par les méfaits issus de l'usage de drogue par injection depuis l'émergence du VIH/sida, le personnel des services de santé de l'établissement plaidait en faveur de l'introduction de nouvelles mesures de prévention plus efficaces à l'intention des détenues.¹⁸⁰ En 1988, le service de santé de l'établissement — sans avoir obtenu d'autorisation des autorités concernées — a décidé de distribuer aux détenues du matériel d'injection stérile, à leur demande. Lorsque les autorités ont pris connaissance de cette décision, elle ont interdit la distribution, en conséquence de quoi un médecin de l'établissement a décidé d'effectuer parmi les détenues un sondage au sujet de l'usage de drogue et du partage de seringues. Il a découvert que presque toutes les détenues UDI avaient déjà partagé des aiguilles avec d'autres. Muni de ce renseignement, il a proposé, avec l'accord du directeur de l'établissement, d'amorcer un projet pilote de distribution de matériel stérile aux détenues. La proposition s'est d'abord heurtée à une certaine opposition, mais la collaboration de l'Office fédéral de la Santé publique a aidé à enfin obtenir une autorisation en

1994. Après un long processus de décision politique et une brève phase préparatoire, le projet pilote de Hindelbank était lancé le 13 juin 1994.

Buts du projet

Le projet pilote de Hindelbank avait pour objectifs de:¹⁸¹

- étudier la faisabilité de la distribution de matériel d'injection stérile dans l'environnement carcéral;
- s'assurer que le projet soit accepté par les personnes concernées (détenus et personnel);
- réduire à court terme les méfaits de l'usage de drogue;
- réduire à court terme l'infection ou la réinfection par des agents pathogènes dangereux (VIH, virus des hépatites B et C, etc.); et
- réduire à moyen terme le nombre de nouveaux UDI ou d'ex-UDI à reprendre leur consommation.

De plus, par le biais d'une évaluation scientifique indépendante, le projet visait à:

- examiner l'impact du projet sur l'usage de drogue, les comportements à risque et, de manière générale, sur la santé des détenues; et
- tirer des conclusions et déposer des recommandations concernant l'application de ces mesures dans d'autres établissements.

Méthodes

Les moyens utilisés pour rencontrer ces objectifs s'adressaient à toutes les détenues et incluaient des démonstrations, des rencontres en groupe et des exercices, des jeux de rôles, des consultations avec le directeur du projet et ses collègues, une ligne d'écoute pour la discussion de problèmes, des mesures de prévention supplémentaires et du matériel écrit et audiovisuel.

La provision de seringues stériles faisait partie de la base même du projet. Au cours de leur première rencontre avec le directeur du projet ou ses collègues, les détenues recevaient une seringue qui était cependant inapte à servir pour l'injection. Le secrétariat de l'établissement remettait aussi une telle seringue aux nouvelles arrivantes à leur entrée, accompagnée d'un

mode d'emploi dans leur langue maternelle. Munies de cette seringue sans aiguille ou d'une autre seringue déjà utilisée, les détenues pouvaient actionner une machine distributrice automatique pour se procurer une aiguille stérile prête à être utilisée. De telles distributrices ont été installées dans divers endroits des six sections de la prison — douches, toilettes, zones de rangement, etc. — afin qu'elles soient d'accès facile pour les détenues. Les détenues étaient autorisées à être en possession d'une seule seringue avec aiguille, obligatoirement conservée en rangement dans leur cabinet de toilette désigné.

Évaluation

L'évaluation du projet était menée par un groupe d'experts externe qui a mené des entretiens standardisés avec les détenus et le personnel avant le lancement du programme, puis 3, 6 et 12 mois plus tard, sur le contexte socioculturel de chaque répondante, la consommation de drogue (passée et actuelle), le comportement à risque en matière de sexualité et de consommation de drogue, le niveau de connaissance sur le sida et l'hépatite, ainsi que sur l'utilisation et l'acceptation des mesures préventives offertes. D'autres données ont été récoltées — nombre de seringues utilisées, incidents particuliers, résultats des examens médicaux des détenues.

Un total de 137 détenues et 48 membres du personnel ont participé à au moins une entrevue; 70 membres du personnel ont répondu à un questionnaire écrit.

Consommation de drogue

De 137 détenues interrogées, une femme sur trois a affirmé consommer de l'héroïne ou de la cocaïne en prison, dont les trois quarts par injection.¹⁸² Seules les femmes qui consommaient déjà ces drogues avant leur incarcération à Hindelbank ont continué d'en consommer en prison. Trois quarts de celles qui avaient commencé de prendre de l'héroïne ou de la cocaïne dans le mois précédant leur incarcération ont continué d'en consommer en prison.

La proportion de détenues consommant de l'héroïne ou de la cocaïne en prison n'a pas été modifiée sensiblement par l'installation des distributrices d'aiguilles, pas plus que la fréquence de consommation de ces substances, ni la méthode (en la fumant, se l'injectant, ou la reniflant). En outre, il n'y a eu qu'un cas de surdose durant le projet à Hindelbank, alors que, par exemple, on en avait rapporté 16 au cours d'une année (2 ans avant le projet).

Distribution d'aiguilles

Au cours d'une année, 5 335 aiguilles ont été distribuées, pour une moyenne de 14 par jour (avec un maximum de 78 et un minimum de 0), soit l'équivalent d'une aiguille par détenue chaque 6 jours. L'usage d'aiguilles a diminué dans la seconde moitié du projet.

On a constaté que l'utilisation d'aiguilles dépendait principalement de deux paramètres:

- l'offre de drogue, et
- la capacité des détenues de s'en payer.

La consommation de drogue et, conséquemment, le besoin d'aiguilles augmentaient pendant quelques jours lorsque les détenues recevaient leur pécule et lorsque de plus grandes quantités de drogue étaient disponibles.

Partage de seringues

Entre 1989 et 1992, 14 études suisses ont porté sur les effets de la distribution de seringues stériles aux consommateurs de drogues (en dehors du système carcéral). Toutes ces études ont conclu à une nette diminution du partage de seringues. Les mêmes observations ont été faites à l'échelle internationale.

Les résultats de l'évaluation de cette mesure de prévention à Hindelbank confirment cette conclusion.¹⁸³

En mai 1994, avant que ne soient installées les distributrices d'aiguilles stériles, 8 détenues UDI sur 19 avaient affirmé avoir déjà partagé des seringues avec d'autres. Un an plus tard, il n'y en avait plus qu'une seule. À présent, le partage de seringues n'a lieu que lorsque les distributrices ne fonctionnent pas ou lorsqu'une situation de confiance s'est établie entre amies se sachant séronégatives. Le diminution du partage s'est faite de manière graduelle:

- avant le projet, 8 détenues affirmaient partager du matériel d'injection;
- 3 mois après le début du projet, 4 détenues disaient en avoir partagé;
- 6 mois après le début du projet, 2 détenues disaient en avoir partagé; et
- 12 mois après le début du projet, une seule détenue disait le faire encore.

Examens médicaux

À leur admission, 94 femmes ont consenti à des analyses sanguines, qui ont mis à jour un taux élevé d'infections:

- 6% étaient séropositives au VIH;
- 73% à l'hépatite A;

- 48% à l'hépatite B;
- 37% à l'hépatite C.

Dans 51 cas on a pu procéder à une seconde analyse à la sortie de prison, mais aucune nouvelle infection n'a été diagnostiquée. Ce résultat est significatif, mais il devrait être considéré avec prudence, vu l'écart de seulement 5 mois entre les deux tests.

Acceptation des mesures de prévention

Seulement un peu moins de 20% des employés se sont prononcé contre l'installation des distributrices d'aiguilles et la vaste majorité était d'accord ou «tout à fait d'accord». Tel qu'exprimé dans le rapport final du projet:

une majorité évidente des membres du personnel de l'établissement a entre-temps accepté ces mesures de prévention, incluant la distribution d'aiguilles stériles, même si cette acceptation n'est pas dictée par les sentiments mais bien par la raison.¹⁸⁴

Il faut relever en particulier le fait que aucune résistance active ne s'est manifestée à quelque phase du projet. En outre, l'intervention a suscité des discussions ouvertes sur des événements qui auraient été plutôt passés sous silence auparavant:

C'est une étape importante lorsqu'il s'agit d'encourager la motivation du personnel de l'établissement de s'occuper davantage et plus profondément de questions en relation avec les maladies infectieuses et la consommation de drogues et, à cet égard, d'acquérir une plus grande compétence... [A]uparavant les différentes sections auraient plutôt caché leurs difficultés en relation avec la consommation de drogue de leurs détenues et auraient montré du doigt les autres sections, tandis que maintenant un échange d'expériences va presque de soi.¹⁸⁵

Selon l'avis du directeur du projet, des déclarations concrètes, telles que les suivantes, ont permis de rassurer quelques employés inquiets en leur expliquant pourquoi il était nécessaire que des aiguilles stériles soient rendues disponibles.

- De nombreuses détenues se trouvent dans les Établissements pénitentiaires de Hindelbank en raison d'infractions à la loi sur les stupéfiants. Certaines ont continué à consommer de la drogue, bien qu'elles soient soumises à des stratégies d'insécurisation. La richesse d'imagination en matière de fraude paraît sans limites; malgré les contrôles, de la drogue est toujours disponible.

- Les déclarations de femmes lors de consultations relatives au projet de prévention soulignent ce qu'on avait compris dès le début: les femmes qui n'ont jamais été dépendantes de drogues n'en ont pas besoin ou y renoncent car elles ont peur d'un développement rapide de dépendance. Indépendamment de la disponibilité de seringues. Pour les femmes qui étaient toxicomanes ou qui le sont encore, la peur de dommages à la santé causés par l'utilisation de seringues souillées ne constitue pas un motif d'abstinence. En effet, lorsqu'elles sont en manque, elles cherchent de la drogue, la trouvent et la consomment, et ceci indépendamment du fait que les seringues disponibles soient neuves ou déjà utilisées.
- Au sujet du projet de prévention, il ne s'agit pas de favoriser la consommation de drogue. L'objectif reste l'abstinence. Mais on l'obtient par un long cheminement au cours duquel il s'agit d'éviter des dommages supplémentaires. Il s'agit de mesures de politiques de santé et non pas de politiques sur la drogue.
- Le projet constitue un essai de vivre avec des contradictions et de trouver des compromis après une pesée des biens juridiques.
- En ce qui concerne les maladies infectieuses, un projet de prévention VIH/drogue ne vise pas seulement le sida, mais également d'autres agents pathogènes dangereux comme les virus des hépatites B et C.
- Un projet de prévention VIH/drogue dans un établissement pénitentiaire se répercute vraisemblablement sur l'état de santé du reste de la population.¹⁸⁶

Conclusions

Le rapport d'évaluation conclut que:

les résultats du projet pilote mené à Hindelbank ne fournissent aucun argument contre la continuation de la distribution de seringues stériles. Les craintes exprimées au départ — la consommation de drogues allait augmenter, les seringues seraient utilisées comme armes ou, négligemment jetées, provoqueraient des blessures, etc. — ne se sont pas avérées.¹⁸⁷

Selon ses auteurs,

la faisabilité pratique de la distribution de seringues, ses effets positifs sur l'échange [lire partage] de seringues et la très large acceptation du projet par les détenues et le personnel...

permettent de conclure que la distribution de seringues stériles devrait être poursuivie au-delà de l'expiration du projet pilote.

L'avenir du projet

À la suite de ce rapport d'évaluation, les autorités de l'établissement ont décidé de poursuivre le programme.

Oberschöngrün — distribution de matériel d'injection stérile dans une prison pour hommes

L'établissement de Hindelbank n'est pas le premier à distribuer du matériel d'injection stérile aux détenus, mais il est le premier à procéder à l'évaluation scientifique d'un tel programme. Dans une autre prison suisse, l'établissement pour hommes de Oberschöngrün, on distribuait des seringues aux détenus dès 1993. Oberschöngrün est un établissement à sécurité minimum où sont incarcérés environ 75 hommes, dont 10 à 15 «cherchent à consommer quotidiennement des drogues illégales pour ne pas se trouver en manque».¹⁸⁸

Historique

Dr Franz Probst, médecin à temps partiel à la prison de Oberschöngrün (canton de Solothurn), se trouvait en face du dilemme éthique puisque 15 des 70 détenus s'injectaient régulièrement des drogues sans mesures adéquates de prévention. Contrairement à la majorité de ses confrères qui se sentent obligés de marcher quotidiennement sur leurs principes éthiques et de santé publique, Probst a commencé à distribuer du matériel d'injection stérile sans en informer le directeur de la prison. Lorsque le directeur a pris connaissance de cette initiative généreuse mais apparemment téméraire, plutôt que de congédier Probst il a écouté ses arguments sur la prévention du VIH, de l'hépatite et des abcès, puis il a demandé l'approbation des autorités du canton, pour la distribution d'aiguilles et de seringues. C'est ainsi que la première mondiale de la distribution de matériel d'injection stérile en prison est partie d'un acte de désobéissance médicale.¹⁸⁹

Résultats

Trois ans plus tard, la distribution se poursuit, n'a jamais eu de conséquences négatives et reçoit l'appui des détenus, du personnel et de la direction de l'établissement:

La distribution de seringues donne des résultats tout à fait satisfaisants. Du fait que les tests [de dépistage du] VIH ne sont pas obligatoires, on ne peut pas chiffrer avec précision la manière dont elle se répercute sur la transmission de ce virus. On constate cependant une réduction des cas d'hépatites et l'absence totale de nouveaux abcès. Rien n'indique que la consommation de drogue ait

augmenté à la suite de ces mesures.¹⁹⁰

Selon M. Fäh, directeur de l'établissement, le scepticisme initial des agents correctionnels a fait place à un appui complet:

Les membres du personnel ont réalisé que la distribution de matériel d'injection stérile est à leur avantage. Ils se sentent plus en sécurité maintenant. Il y a trois ans, lorsqu'ils fouillaient une cellule, ils avaient toujours peur de se piquer avec une aiguille cachée. Maintenant, les détenus ont le droit d'avoir une aiguille, mais uniquement dans un verre rangé dans leur armoire médicale au-dessus de leur évier. Depuis ce temps, aucun employé ne s'est piqué avec une aiguille.¹⁹¹

M. Fäh ajoute que les membres du personnel ont été avisés de ne pas utiliser le fait de voir du matériel d'injection dans l'armoire d'un détenu comme une raison de lui demander de se soumettre à une analyse d'urine: «Puisque les détenus ont confiance en ceci, ils rangent leur seringue dans leur cabinet — et en retour cela améliore la sécurité du personnel.»

Environ 700 pièces stériles d'injection sont distribuées chaque année par le Dr Probst, pour un coût de seulement 400 francs suisses (environ 440\$ canadiens), «ce qui est de beaucoup inférieur aux coûts des soins qu'entraîneraient les cas d'hépatites et d'abcès qui sont évités par la distribution de matériel d'injection stérile.»¹⁹² On n'a toutefois pas installé de machines distributrices comme à Hindelbank, pour deux raisons: d'une part, la crainte que des détenus ne vandalisent la machine, ce qui empêcherait les UDI de pouvoir se procurer des seringues lorsqu'ils en ont besoin; d'autre part, le fait que les détenus qui se procurent leur matériel d'injection auprès du Dr Probst considèrent que cela leur assure davantage d'anonymat que de devoir se rendre à une distributrice — personne ne sait pourquoi ils vont voir le médecin qui, lui, est lié par le secret professionnel. La remise de matériel n'a pas lieu sur la base d'échange à un [usagé] contre un [stérile]: les détenus peuvent obtenir plusieurs seringues du médecin, qui visite l'établissement une fois par semaine. Tel que le souligne M. Fäh:

S'assurer que les détenus UDI puissent toujours utiliser du matériel stérile est plus important que d'insister sur le modèle d'échange à un contre un. Nous observons un bon taux de retour et nous ne craignons pas que l'équipement ne soit pas retourné au Dr Probst. Ce dont nous nous occupons, c'est la sécurité du personnel — et le personnel n'a pas été exposé à des aiguilles cachées.¹⁹³

Fondements

Le directeur de Oberschöngrün souligne que l'objectif de la distribution de matériel d'injection stérile aux détenus n'est pas de légaliser l'usage de drogue, mais bien de prévenir la transmission du VIH:

Connaissant bien le danger que représente une contamination par le VIH, nous ne pouvons pas renoncer à la distribution de seringues, car nous obligerions ainsi les détenus toxicomanes à consommer avec des aiguilles sales — ce qui est une question d'éthique.¹⁹⁴

Décelée lors de contrôles d'urine ou de perquisitions dans les cellules, la possession et/ou consommation de drogue fait toujours l'objet de sanctions disciplinaires — mais pas la possession de matériel d'injection, pourvu qu'il soit rangé dans le cabinet désigné à cet effet dans la cellule du détenu. En 1993, un total de 623 échantillons d'urine ont été analysés pour déceler l'usage de drogue par des détenus: 194 résultats ont été positifs, 412 négatifs, et 17 «falsifiés». On analyse l'urine seulement aux fins d'y détecter des traces d'opiacés, de cocaïne, de barbituriques, d'amphétamines, de méthadone et de benzodiazepines, mais pas celles de la marijuana. Cette décision provient de la constatation que l'usage de marijuana n'engendre pas de problèmes de sécurité ou de discipline dans l'établissement, et de la crainte que la détection de la marijuana n'incite les détenus qui en font usage à opter pour d'autres drogues qui sont plus nocives.

Dans un dépliant qui décrit les raisons pour lesquelles on distribue du matériel d'injection dans l'établissement, l'administration conclut que:

Notre but est et demeurera d'enrayer ou de réduire la consommation de drogue par les détenus.... Nous n'avons pas noté de réduction ou d'augmentation significative de l'usage de drogue depuis que nous avons rendu disponible du matériel d'injection, mais nous avons certainement accompli quelque chose d'utile pour la santé des détenus et pour la prévention de la propagation du VIH en général.¹⁹⁵

Genève — disponibilité de matériel d'injection dans des prisons pour hommes

Tel qu'annoncé le 3 mars 1996 par le professeur Harding au Symposium interdisciplinaire sur les stratégies de réduction des méfaits en prison (Berne), la distribution de matériel d'injection stérile aux UDI s'est amorcée le 1 mars 1996 dans au moins une prison pour hommes à Genève. Le matériel est remis par le biais des services de santé, sur la base d'échange à un contre un.

Leçons à retenir de l'expérience de la Suisse

L'une des questions abordées au symposium de Berne concernait la possibilité d'appliquer les résultats de l'expérience suisse à d'autres systèmes correctionnels, en se demandant si le succès observé était attribuable à quelque chose de «particulier» à la Suisse et/ou aux institutions où la distribution de matériel d'injection a cours, qui pourrait empêcher d'étendre ailleurs ces initiatives. Après plusieurs jours de débats, des experts venus de nombreux pays

ont convenu que les leçons apprises de la Suisse pouvaient, de fait, être appliquées ailleurs.

Questions liées à la sécurité du personnel

En Suisse comme ailleurs, l'un des principaux obstacles potentiels au succès des programmes de distribution de matériel d'injection réside dans l'attitude du personnel. À Oberschöngrün, les agents correctionnels ont été pleinement impliqués dans la décision de mettre à l'essai l'échange d'aiguilles, alors qu'ils ont été moins impliqués dans cette décision à Hindelbank, et par ailleurs davantage rébarbatifs au programme. Dans les deux cas, les attitudes à l'égard de l'échange d'aiguilles en prison sont devenues plus favorables avec le temps.

Le «conflit de valeurs» en face duquel se trouvaient les agents correctionnels et les autorités, à l'idée de remettre des aiguilles en prison, a été atténué en s'assurant que l'échange d'aiguilles soit introduit comme une mesure de santé et dirigée par le Service de santé, plutôt que supervisée par les agents correctionnels. De plus, tel que le souligne le Dr Margaret Rihs-Middel, coordonnatrice de l'Évaluation et de la recherche sur les drogues à l'Office fédéral de la Santé publique de Suisse, à Berne: «L'implication du personnel dans la décision de passer à l'action était très importante pour le succès du programme, de même que l'instauration de règles sur le rangement des aiguilles afin d'augmenter la sécurité du personnel carcéral.»¹⁹⁶

L'expérience suisse a démontré qu'il est possible de rendre disponible du matériel d'injection stérile en prison d'une manière qui non seulement ne menace pas le personnel, mais semble même avoir amélioré sa sécurité. Elle a aussi montré que l'on peut amener le personnel carcéral à comprendre que la provision de matériel d'injection aux détenus n'équivaut ni à fermer les yeux sur la consommation de drogue, ni à la «laisser aller» en prison, mais que c'est plutôt une mesure pragmatique de santé qui se justifie par le fait que les autorités correctionnelles ont une responsabilité de:

- protéger la population en général: prévenir la prévention du VIH en prison, et éventuellement au reste de la population lorsque des détenus sont libérés, en constitue un aspect vital;
- protéger la santé des détenus qui sont sous leur garde: la punition même des détenus est d'être incarcérés et non pas d'être exposés à contracter des maladies mortelles.

Les membres du personnel correctionnel appuient la distribution de matériel d'injection parce qu'ils ne s'en sentent pas menacés et parce qu'ils comprennent ses fondements.

Applicabilité dans divers contextes institutionnels

Remarquons qu'il n'y a pas un modèle suisse unique pour la distribution de matériel d'injection

stérile, mais que jusqu'à présent chaque établissement a choisi son propre modèle: installation de distributrices, échange sur la base d'un contre un, ou distribution par le biais d'un médecin ou des services de santé. Ce qui peut ou devrait être adopté pour un établissement particulier dépend de divers facteurs, entre autres sa taille, son niveau de sécurité, l'ampleur du phénomène d'injection de drogue, le sexe de la clientèle, l'implication du personnel de santé, et la «stabilité» des relations entre détenus et membres du personnel. On a compris, en Suisse, qu'une mesure comme la provision de matériel d'injection stérile ne pouvait ni ne devait obligatoirement être appliquée dans tous les établissements à la fois et de la même manière, mais que dans certains établissements elle pouvait être entreprise immédiatement, facilement, à peu de frais et avec des résultats très satisfaisants. Dans d'autres prisons, d'autres mesures applicables sont introduites, telles des programmes d'entretien à la méthadone ou la création d'unités exemptes de drogue («drug-free wings»).

Admissibilité juridique

La distribution d'aiguilles dans des prisons suisses a été précédée d'une phase d'étude et de consultation sur le spectre complexe des considérations légales et politiques soulevées par cette perspective. Dans le cadre du même processus, l'Office fédéral suisse de la Santé publique avait demandé à celui de la Justice d'examiner l'admissibilité juridique de cette mesure. Dans un rapport déposé en juillet 1992, l'Office fédéral suisse de la Justice a conclu que la remise de seringues stériles et la mise à disposition de matériel de désinfection en milieu carcéral était admissible du point de vue juridique et compatible avec une politique responsable de santé.

Dans son avis juridique, l'Office de la Justice reconnaît que «la consommation de drogues dans les établissements pénitentiaires est une réalité.»¹⁹⁷ Selon lui, on ne pourrait l'arrêter que par des mesures extrêmement rigoureuses, qui ne «seraient pas compatibles avec une exécution libérale des peines». L'Office a reconnu que:

les drogues sont introduites assez facilement dans les prisons, mais non les seringues; il s'agit là d'une denrée rare, ce qui signifie qu'elle fait souvent l'objet d'échange entre les prisonniers dépendants de la drogue.

Le rapport analyse le sens et la portée du droit des détenus à une assistance médicale adéquate dans les prisons. Il en privilégie l'interprétation dans un sens large, qui inclut la prévention:

Il ne faut pas que cette assistance médicale ne s'applique que lorsqu'une maladie s'est déjà propagée...mais il faut tenter d'empêcher la transmission de cette maladie par des mesures préventives adéquates.... La remise de seringues stériles est...une, si ce n'est la plus importante stratégie, permettant d'empêcher la transmission du VIH/sida aux toxicomanes s'injectant par voie intraveineuse.

Tout comme dans la vie civile, il est clair que la prévention contre le sida lors de l'exécution de peines n'est pas épuisée par la seule remise de matériel d'injection stérile, mais qu'elle...doit également comprendre des possibilités de thérapie, de sevrage et de substitution. C'est néanmoins la remise de seringues stériles qui est la mesure la plus urgente.

Puisque l'abstinence dans les prisons ne peut être atteinte, les établissements pénitentiaires doivent, selon les auteurs du rapport, adapter leur politique interne de santé. On conclut que, si les établissements pénitentiaires veulent pouvoir remplir leur devoir d'assistance médicale, la remise de seringues et la mise à disposition de matériel de désinfection sont des mesures indiquées, et qu'il faudra que les établissements s'y soumettent.

Le rapport examine aussi la question de l'imputabilité des personnes qui remettent des seringues stériles, y compris le personnel chargé de cette remise et les détenus consommateurs de drogue, et la question de la compatibilité avec le droit pénal. Les auteurs remarquent que la responsabilité pénale du personnel n'est engagée qu'en cas de complications dues à une manutention négligente lors de la remise de seringues, et que, en outre, la disponibilité de seringues dans un établissement pénitentiaire n'a aucune influence sur les sanctions possibles découlant de la consommation de drogue. Ils concluent que, comme l'usage de drogue demeure une action punissable, «si l'on veut que la remise de seringues soit un succès...il faut qu'elle soit faite de manière anonyme.»

Finalement, les auteurs abordent la question délicate de prévoir si de telles mesures pourraient mettre en situation de danger le personnel des établissements:

On a entendu avancer l'argument selon lequel les seringues remises...pourraient être utilisées comme armes par les détenus contre le personnel et que pour cette raison il fallait *a priori* renoncer à la remise de seringues. Cet argument, loin d'être négligeable, ne constitue toutefois pas une raison suffisante pour interdire la remise de seringues. En effet, déjà à l'heure actuelle, des seringues sont en circulation dans les établissements pénitentiaires; le personnel doit vivre avec cette mise en danger depuis quelque temps déjà. D'ailleurs, il s'agit là d'un problème avec lequel le personnel est déjà confronté, en ce sens que les détenus ont maintes possibilités de se procurer des armes ou de s'en fabriquer eux-mêmes.

Le pragmatisme suisse

L'approche de la Suisse à l'égard de la consommation de drogue de manière générale, et à celle dans les prisons en particulier, est caractérisée par le pragmatisme et le désir de réduire les méfaits de l'usage de drogue. Reconnaisant que plusieurs années d'expérimentation d'une «guerre à la drogue», tant en prison qu'à l'extérieur, ont démontré que la consommation

de drogue est là pour rester — et que les gouvernements ont certes une responsabilité de réduire cette consommation mais d'abord et avant tout d'en réduire les méfaits — les principes directeurs des politiques de santé liées à la consommation de drogue et au VIH se basent à présent sur le bon sens, le pragmatisme et le rapport coût/efficacité. Les politiciens, le public, les médias, tout comme le personnel des établissements correctionnels, ont accepté et appuient cette approche nouvelle et pragmatique parce que l'obstination à poursuivre l'idéal de supprimer l'usage de drogue a conduit à une augmentation des méfaits pour les usagers et à toute la société, généralement à des coûts extrêmes, sans pour autant parvenir à réduire l'usage.

En particulier, en ce qui concerne les prisons, tous les intervenants ont:

- reconnu le fait qu'il se consomme de la drogue en prison;
- reconnu le fait que l'utilisation (et le partage) de seringues et d'aiguilles a cours en prison;
- accepté l'idée que la prévention de la transmission du VIH est plus importante que la sauvegarde de la «moralité»;
- compris que la provision de matériel d'injection stérile n'entre pas en contradiction avec le mandat du personnel et offre une sécurité accrue pour les employés et les détenus; et
- compris que la réduction des méfaits est plus efficace et rentable que la prohibition absolue.

Programmes d'autres pays

Vu les expériences positives des prisons de la Suisse, de plus en plus de services correctionnels de partout dans le monde annoncent qu'ils suivront leur exemple: au symposium de Berne, des délégués de plusieurs services correctionnels de l'Allemagne et du service de l'Espagne ont présenté leurs programmes ou parlé de leur intention d'en amorcer bientôt, ce qui constitue certainement la meilleure preuve que l'exemple de la Suisse peut être suivi ailleurs.

Allemagne — Basse-Saxe ¹⁹⁸

En novembre 1994, le ministre de la Justice de la Basse-Saxe a mandaté un comité d'experts

d'examiner l'éventualité que des mesures comme la provision de matériel d'injection stérile en prison résultent en une amélioration de la santé des détenus. Le ministre se préoccupait de la prévalence élevée d'agents infectieux, en particulier le VIH et les virus de l'hépatite, parmi les détenus UDI de cette province. Le comité d'experts comprenait des directeurs et des employés des prisons de la province, des représentants d'organismes de services en matière de drogue et de VIH/sida, et un médecin généraliste. Les recommandations de ces experts¹⁹⁹ ont servi de base à la décision du cabinet du gouvernement de la Basse-Saxe de donner le feu vert à la mise sur pied d'un projet pilote de deux ans sur la distribution de matériel d'injection stérile et de méthodes de prévention axées sur la communication, dans une prison pour femmes à Vechta où se trouvent 170 détenues, et une pour hommes à Lingen qui compte 230 détenus.

Au moment d'écrire le présent rapport, la distribution avait été amorcée à Vechta, à l'aide de quatre machines comme celles en usage à Hindelbank depuis 1994. On s'attendait à ce que la distribution dans la prison des hommes s'amorce au cours de l'été 1996.²⁰⁰ Une collaboration entre ces deux prisons de la Basse-Saxe et celles de la Suisse a cours depuis déjà un certain temps et implique un échange d'employés entre Hindelbank et Vechta.

Les projets seront évalués de manière scientifique, avec deux objectifs:

- présenter un compte rendu objectif et concret des projets; et
- mesurer l'utilité et l'efficacité des mesures adoptées, au-delà des intérêts divers des personnes et établissements impliqués.

Selon les recommandations déposées par le comité d'experts, l'évaluation scientifique vise «d'une part à colmater une brèche dans les connaissances en matière de drogue, d'usage de drogue, d'infection à VIH et d'hépatites en prison, et d'autre part à parvenir à des recommandations qui soient pertinentes d'un point de vue pratique et qui puissent être généralisées, dans une perspective de prévention de la propagation du VIH et de l'hépatite.»

Allemagne — Hambourg

Un prison pour hommes d'une capacité de 300 places à Hambourg a amorcé en mai 1996 la distribution de matériel d'injection stérile. Au symposium de Berne, le participant du système correctionnel hambourgeois a souligné que la décision avait été déclenchée par le fait que, à l'extérieur des prisons, les politiques sur la drogue se sont modifiées au cours des récentes années pour mettre l'accent sur la réduction des méfaits plutôt que sur l'abstinence, et incluent maintenant l'accessibilité répandue de matériel d'injection et de programmes d'entretien à la méthadone.

La presse, tous les partis politiques et le public sont témoins des résultats positifs de ce

changement de cap dans les politiques: on remarque une baisse dans les décès attribuables à l'usage de drogue, dans le crime, ainsi que dans les coûts des politiques en matière de drogue, et enfin les personnes toxicomanes sont en meilleure santé qu'auparavant. L'écart s'accroissait entre ce qui se faisait hors des prisons et en prison, et les gens ont commencé à remarquer que ceci était contre-productif.

Il poursuivait en disant que:

les membres du personnel font également partie du public et se sont rendu compte que ce qui se fait hors des prisons est avantageux pour tous, tant pour le public que pour les usagers de drogue, et ont commencé à se demander s'il ne serait pas possible et avantageux d'étendre aux prisons ces mesures de réduction des méfaits.²⁰¹

En 1995, une commission mandatée par le sénateur à la Justice de Hambourg de développer une politique carcérale en matière de drogue a souligné que:

l'État a une obligation légale de prendre soin des détenus qui sont sous sa charge. Ceci inclut non seulement des activités destinées à prendre soins de ceux qui sont malades, mais aussi des mesures pour prévenir les menaces à la santé et au bien-être des détenus.²⁰²

Ajoutant que, lorsque l'objectif d'abstinence ne peut être atteint ou s'avère encore hors de portée, il importe d'accorder une priorité plus importante à l'objectif de sauver les vies des détenus UDI qu'à parvenir à un environnement carcéral exempt de drogue, la commission a recommandé la distribution de matériel d'injection stérile aux détenus comme «une mesure préventive absolument nécessaire», se référant aux résultats d'études mettant en évidence la corrélation entre les taux d'infection à VIH et d'hépatites chez les détenus UDI et la durée de leur incarcération.²⁰³ En réponse à des arguments contre cette mesure, la commission a indiqué qu'il était peu probable qu'elle entraîne une augmentation de la consommation de drogue en prison: la consommation dépend de la disponibilité de drogue, non pas de matériel d'injection stérile. Prônant l'approche de «apprendre par l'expérience», elle a ajouté que l'acceptation de cette mesure augmenterait avec le temps. Après une consultation approfondie avec le personnel, la commission a observé que tandis que le personnel de santé était déjà largement en faveur en la distribution de matériel stérile, les agents correctionnels s'y montraient plus réticents, «en raison d'un mélange de craintes et de lacunes d'information». Elle a reconnu que les questions soulevées par les agents correctionnels doivent être sérieusement considérées, mais a conclu que — vu les conséquences très sérieuses et potentiellement fatales que l'inaction pourrait entraîner pour les détenus et le public — on ne devrait pas permettre que ces préoccupations «puissent constituer le facteur décisif dans la prise de décision»:

Pour des raisons de protection de la santé, et vu l'obligation légale et éthique des systèmes correctionnels, la distribution de matériel d'injection stérile dans les prisons est devenue une nécessité absolue. De l'avis unanime de la commission, il ne serait pas justifié de prolonger l'inaction.²⁰⁴

La commission a recommandé que les détenus ne soient autorisés à posséder qu'une seule trousse d'injection à la fois, qui soit obligatoirement rangée dans un endroit où elle ne peut pas poser de danger aux autres, et qui soit mise aux ordures «d'une manière convenable». Elle recommandait en outre que des lignes directrices claires soient établies, selon lesquelles la possession d'une trousse de matériel d'injection, rangée de la manière indiquée, ne puisse pas entraîner de sanctions disciplinaires (et que le matériel d'injection en conflit avec ces règlements puisse être confisqué).

Allemagne — Berlin

Les médias allemands ont rapporté que le sénateur à la Justice de Berlin avait manifesté l'intention de mettre sur pied un programme d'échange de seringues dans une prison pour femmes.²⁰⁵

Espagne

Au symposium de Berne, des représentants du système carcéral d'Espagne ont annoncé qu'un projet pilote de distribution de matériel d'injection stérile sera mené dans un établissement du nord de l'Espagne où a déjà cours un programme d'entretien à la méthadone.

Australie

Une étude récente du National Drug and Alcohol Research Centre (NDARC) australien a conclu que l'échange de seringues est applicable dans les prisons australiennes.²⁰⁶ En conséquence, la Australian Federation of AIDS Organizations (AFAO) a demandé l'instauration de programmes pilotes d'échange d'aiguilles et de seringues dans des prisons à travers le pays.²⁰⁷

L'introduction de programmes d'échange de seringues dans les prisons australiennes avait déjà été recommandée par la Community Policy on Prisons and Blood Borne Communicable Diseases.²⁰⁸ La ministre australienne de la Santé d'alors, Dr Carmen Lawrence, et le Dr Brendan Nelson, qui était président de la Australian Medical Association, avaient aussi insisté pour que «soit sérieusement envisagée» l'introduction de tels programmes en prison.

L'étude examinait les questions soulevées par les programmes d'échange de seringues en prison, sondait leurs éventuels avantages et inconvénients, et analysait leur faisabilité. La méthode consistait à documenter — via des groupes de discussion avec modérateur — les

problèmes soulevés par les principaux intervenants du système carcéral de la Nouvelle-Galles du Sud.

Aux groupes de discussions (constitués d'agents correctionnels, d'employés de services de santé de prisons, d'ex-détenus, d'agences communautaires et de politiciens) les chercheurs demandaient de l'information sur les problèmes potentiels de sécurité associés à un programme d'échange. Les groupes ont:

- souligné la nécessité de programmes efficaces et à grande échelle, en matière de traitement et de réduction des méfaits pour les détenus UDI;
- remis en question les méthodes d'application et l'efficacité des programmes actuels en matière de prévention du VIH; et
- envisagé l'impact possible sur la communauté en général.

Sur la base de ces discussions, les chercheurs ont conclu que des programmes d'échange de seringues sont applicables en prison, mais seulement à certaines conditions. Ils ont noté que l'on ne devrait pas envisager l'application sans avoir d'abord obtenu la coopération du personnel carcéral. Il recommandaient entre autres qu'un groupe de travail, impliquant des agents correctionnels et des employés de services de santé, discute de l'échange de seringue en prison afin de trouver une solution qui ne comporte aucun risque pour le personnel et soit acceptable pour les agents correctionnels.

L'étude a permis d'identifier des conditions préalables à un projet pilote d'échange de seringues:

- la création d'une section spéciale pour le traitement des toxicomanies;
- la formation spécifique du personnel correctionnel et de santé;
- une politique stricte de distribution d'aiguilles et seringues sur la base du un contre un;
- la décision d'un comité conjoint (agents correctionnels, personnel de santé, détenus) quant à la méthode de distribution: (1) machine distributrice, (2) personnel de santé, (3) organisme extérieur, ou (4) salle d'injection; et
- le suivi quantitatif du pilote en matière d'augmentation ou de réduction du risque de transmission au personnel, aux détenus et aux visiteurs, en cas d'assaut ou de blessure occupationnelle ou accidentelle.

Les chercheurs ont aussi recommandé que:

- tous les détenus aient accès à des condoms et de l'eau de Javel;
- tous les détenus soient examinés et se voient offrir l'entretien à la méthadone lorsqu'il est approprié;
- des pairs éducateurs reçoivent de la formation;
- un programme pilote d'échange de seringues soit rigoureusement évalué; et
- aux fins d'évaluation, que les participants subissent un test de dépistage du VIH et des hépatites B et C tous les six mois.

L'AFAO a bien accueilli l'ensemble des résultats de l'étude. À l'occasion de la publication du rapport, son président national provisoire, Mike Kennedy, a demandé que des programmes d'échange de seringues soient mis à l'essai dans plusieurs prisons à travers l'Australie, en exprimant son accord avec les recommandations que des condoms, de la méthadone et de l'eau de Javel soient également rendus disponibles.

Depuis, la Australian Medical Association a réitéré sa demande de programmes d'échange de seringues pour les détenus: dans son *Position Statement on Blood Borne and Sexually Transmitted Viral Infections* de février 1996, elle a déclaré que «une prévention efficace parmi les populations carcérales nécessite l'établissement de programmes d'éducation préventive, d'échange de seringues pour les UDI, et d'éducation sur les relations sexuelles sécuritaires pour ceux qui s'engagent dans des activités à risque élevé». ²⁰⁹

Traitement d'entretien à la méthadone

Historique

Le traitement d'entretien à la méthadone en substitution à l'usage d'opiacés a été adopté par un certain nombre de systèmes correctionnels à travers le monde; en tant que mesure de prévention de la transmission du VIH, le traitement offre aux personnes dépendantes d'opiacés une option supplémentaire pour éviter l'usage d'aiguilles et leur partage. Une quantité considérable de données d'études démontre l'efficacité des traitements d'entretien à la méthadone (TEM) dans la réduction des comportements d'injection à risque de transmission du VIH. ²¹⁰ Les preuves sont aussi convaincantes du fait que le TEM est le traitement le plus efficace pour les UDI dépendants de l'héroïne dans la communauté, en termes de réduction

de la mortalité,²¹¹ de consommation proprement dite,²¹² et de criminalité.²¹³ De plus, dans la majorité des pays où il a été adopté, le TEM attire et retient davantage d'utilisateurs d'héroïne que n'importe quelle autre forme de traitement.²¹⁴ En outre, on trouve aussi des preuves que les personnes qui sont en TEM mais qui s'en voient retirées parce qu'elles entrent en prison recommencent souvent à utiliser des narcotiques, souvent dans le système carcéral et souvent par voie d'injection.²¹⁵

Les programmes de méthadone dans la communauté ont pris une ampleur rapide dans plusieurs pays au cours des récentes années, incluant le Canada (en particulier la Colombie-Britannique),²¹⁶ et de nombreux organismes nationaux et internationaux prônent leur expansion ou leur application en prison.²¹⁷ Plusieurs sont d'avis que la méthadone est la meilleure option disponible pour prévenir le partage de seringues en prison,²¹⁸ et que l'augmentation du nombre de places allouées dans le cadre de ces programmes en prison devrait être considérée comme une mesure urgente à l'intention des détenus UDI séropositifs.²¹⁹

Dans cet ordre d'idée, le CESP recommandait que:

[p]our réduire les risques d'infection posés par l'injection de drogues...le traitement des utilisateurs de drogues et les soins à leur prodiguer comprennent l'accès à la méthadone. Il faudrait effectuer des études en vue de déterminer les moyens les plus efficaces de mettre en oeuvre des programmes d'entretien à la méthadone dans les pénitenciers. Une fois mis en oeuvre, ces programmes devraient être évalués, avec la participation des détenus et de spécialistes de l'extérieur du SCC.²²⁰

Cette recommandation a été rejetée, tel que mentionné ci-dessus, parce que le SCC considère qu'il n'y a pas «d'indication médicale» d'offrir de TEM aux détenus dépendants d'opiacés, et «qu'il existe relativement peu de programmes d'entretien, à l'extérieur des établissements du SCC, accessibles après leur libération aux détenus ayant une dépendance à l'égard de la drogue.»²²¹

Tandis que le SCC a rejeté la recommandation du CESP, un nombre léger mais croissant de systèmes correctionnels à travers le monde offrent des TEM aux détenus, et une étude menée en Nouvelle-Galles du Sud suggère que les réductions de l'injection et du partage de seringues attribuables au TEM dans le contexte de la communauté sont aussi vérifiables en prison.²²²

En outre, dans le cadre d'une expérience nationale sur la prescription d'héroïne et d'autres drogues aux usagers — afin de déterminer si de telles mesures réduiront l'activité criminelle des usagers et leur risque de contracter et de transmettre le VIH et d'autres agents infectieux

— huit détenus d'un établissement en Suisse suivent un programme d'entretien à l'héroïne, avec de bons résultats jusqu'à maintenant.

Nous procédons ici à un sommaire de la provision de méthadone à l'échelle internationale.

Provision de méthadone dans les prisons du monde²²³

Tel que souligné par Dolan et Wodak, peu de documents ont été publiés qui documentent la question de la provision de méthadone dans les systèmes correctionnels.²²⁴ La revue qu'ils ont effectuée par le biais de correspondance avec les autorités correctionnelles d'un certain nombre de pays indique que des TEM sont disponibles dans des prisons d'au moins quatre pays et que la désintoxication à la méthadone est disponible dans au moins huit pays.

Australie — Nouvelle-Galles du Sud

Dans environ la moitié des prisons de la N.-G.S. — un mélange d'établissements à sécurité maximum, moyenne et minimum — le TEM est offert aux détenus, qui doivent obtenir une évaluation effectuée par le personnel de santé afin d'y être éligibles. Ce programme a débuté par un projet pilote qui visait principalement à réduire la récidive mais qui, en s'élargissant, a embrassé des objectifs de continuité des programmes offerts dans la communauté, et de prévention de la propagation du VIH et des hépatites en prison. Plus récemment, ce dernier objectif en est devenu le but principal, tout comme dans la communauté.²²⁵

En vertu des *HIV/AIDS Politiques, Procédures and Management Guidelines* à l'intention des établissements correctionnels de la N.-G.S, le programme d'entretien à la méthadone en prison a deux grands objectifs:

1. la réduction des méfaits, afin de réduire la propagation de maladies infectieuses/transmissibles conséquentes à l'utilisation de drogue par injection. Ceci est spécialement important dans le contexte correctionnel lorsqu'il n'y a pas de programmes d'échange de seringues;
2. l'adaptation aux besoins de chaque détenu en matière de traitement.²²⁶

Un manuel de politiques et procédures relatives à la méthadone a été développé pour l'administration efficace du programme. Au moment de la préparation du présent document, on s'attendait à une expansion des programmes de TEM en prison car la demande a largement dépassé l'offre, l'opposition du personnel correctionnel a diminué, et on se préoccupe de plus en plus de la transmission du VIH et de l'hépatite entre détenus.

Autres pays

États-Unis — Rikers Island (N.Y.)

Le seul programme de TEM en prison aux États-Unis se trouve à l'établissement de Rikers Island, dans la ville de New York.

Espagne

La moitié des détenus de la prison «Modelo» de Catalogne (Espagne), sont traités à l'entretien à la méthadone.²²⁷ À l'origine, les détenus n'étaient admissibles au TEM que s'ils avaient le sida, s'ils étaient déjà entretenus à la méthadone ou s'ils étaient diagnostiqués comme psychotiques, mais dans un effort pour réduire la transmission du VIH en prison, les critères d'admissibilité ont été assouplis pour inclure les détenus qui ne sont pas séropositifs.

Suisse

Selon un sondage effectué par un groupe de travail suisse sur la méthadone,²²⁸ la majorité des prisons de la Suisse offre le traitement d'entretien à la méthadone. Dans la plupart d'entre elles, les personnes qui suivent déjà un TEM au moment de leur incarcération peuvent le poursuivre en prison — la plupart du temps pour une durée indéterminée, mais dans quelques prisons pour une durée limitée seulement. Par ailleurs, un peu moins de la moitié des prisons suisses permettent qu'un détenu commencent un TEM en prison même.

Le groupe de travail a recommandé que les détenus opiomanes de toutes les prisons puissent poursuivre un TEM amorcé dans la communauté ou en amorcer un en prison avec les mêmes conditions et critères d'éligibilité que dans la communauté. Il a souligné que la vaste majorité des établissements où le TEM est disponible ont rapporté qu'ils n'avaient jamais éprouvé de difficultés avec ce programme.²²⁹

Un projet amorcé en janvier 1996 dans les deux prisons du canton de Basel vise à accroître encore l'accès aux programmes de méthadone et autres traitements ou thérapies concernant l'usage de drogue. Le projet comprend un programme souple de méthadone et la possibilité de s'injecter de la méthadone avec des aiguilles stériles fournies par l'établissement. On attend les résultats de ce programme vers la fin de 1996.²³⁰

Allemagne

Dans certaines prisons de Hambourg, les détenus qui étaient en TEM avant leur admission en prison peuvent poursuivre ce traitement durant leur détention. De plus, un nombre limité de détenus a reçu la permission de l'amorcer en prison.²³¹

La commission mandatée par le sénateur à la Justice de Hambourg de développer une politique carcérale en matière de drogue, a recommandé que les programmes de TEM soient rendus disponibles dans toutes les prisons. Selon la commission, les résultats probants de ces programmes dans la communauté seront obtenus aussi en prison. La commission recommandait particulièrement:

- que les détenus en TEM avant leur admission puissent toujours poursuivre le traitement pendant leur détention;
- que l'on permette aux détenus opiomanes de commencer un TEM en prison;
- que le support psychosocial offert aux détenus en TEM soit adéquat;
- que des mesures soient prises pour assurer que les détenus en TEM puissent continuer ce traitement après leur libération.²³²

L'entretien à la méthadone est disponible ou le deviendra aussi dans des prisons d'autres länder de l'Allemagne. Par exemple, un représentant de la province de Schleswig-Holstein annonçait au symposium de Berne que le TEM sera offert dans ses prisons.

Danemark

Le traitement à la méthadone est offert régulièrement aux détenus opiomanes qui recevaient ce traitement avec l'incarcération. Selon une lettre reçue du ministre danois de la Justice,

un tel traitement est offert principalement aux détenus dont on s'attend à ce qu'ils passeront moins d'un an en prison. Il est essentiel que la décision sur la prescription de méthadone soit prise en collaboration avec le centre de traitement de la communauté qui traitera le détenu après sa libération.²³³

Canada

La méthadone est rarement prescrite à qui que ce soit dans les prisons du Canada, mais cette situation est appelée à changer, à l'issue d'une affaire juridique récente. Tel que mentionné ci-dessus, en avril 1996, une femme séropositive a été condamnée à une peine d'emprisonnement de 21 jours au Burnaby Correctional Centre for Women (BCCW), en Colombie-Britannique. À l'époque où sa peine fut prononcée, elle suivait un traitement d'entretien à la méthadone sous la surveillance de son médecin de premier recours. Conformément à une politique de longue date du service correctionnel de la Colombie-Britannique, le BCCW a refusé de lui fournir de la méthadone. À la suite de ce refus, elle a déposé une requête auprès de la Cour suprême de la Colombie-Britannique pour obtenir la

délivrance d'un bref d'*habeas corpus*.²³⁴ La plaignante soutenait entre autres que le fait de ne pas lui permettre de continuer son programme de traitement contrevenait à l'article 15 de la *Charte canadienne des droits et libertés*:

En général, le BC Corrections Branch offre aux détenus un traitement médical approprié à leurs maladies ou blessures. En raison de son double statut de personne séropositive et dépendante de la méthadone, l'entretien à la méthadone constituait le traitement médical approprié pour la plaignante. Par conséquent, la politique de ne pas lui donner de méthadone est une distinction fondée sur sa condition physique, puisque si elle présentait une quelconque autre condition on lui aurait prodigué les soins médicaux appropriés.

En réponse à la requête, le BCCW a déposé un affidavit par lequel il contestait l'opinion du médecin de la requérante comme quoi le sevrage de la méthadone était contre-indiqué pour les patients méthadomanes séropositifs et l'intégrité physique de la requérante était compromise par son sevrage. Le BCCW a tout de même vu à ce qu'un médecin examine la plaignante; ce médecin lui a prescrit de la méthadone. Dans un affidavit déposé en l'espèce, la directrice des services de santé du service correctionnel de la Colombie-Britannique a indiqué que la politique du service serait modifiée pour reconnaître la validité du modèle de la réduction des méfaits pour les détenus et pour permettre le traitement à la méthadone des détenus dans certaines situations.

Dans une autre affaire récente,^{234a} un homme présentant depuis longtemps un «problème sérieux d'héroïne», qui avait commis un certain nombre de crimes en s'en procurant et qui a déjà reçu des traitements à plusieurs reprises, mais sans succès, a été condamné à une peine d'emprisonnement de 2 ans moins 1 jour — donc à l'incarcération dans un établissement provincial au Québec — parce que cet établissement a accepté de lui offrir un traitement à la méthadone. Son avocat a fait valoir dans la défense qu'il était nécessaire de s'occuper des causes qui sont à la base des crimes du prévenu, précisément sa dépendance à l'héroïne, et que le traitement à la méthadone était essentiel pour surmonter cette dépendance. Selon la connaissance de l'auteur, ceci est la première fois qu'un prévenu dans une affaire criminelle recevait une sentence d'emprisonnement axée spécifiquement sur l'objectif qu'il puisse suivre un traitement à la méthadone.

Fondements du traitement d'entretien à la méthadone en prison (TEMP)

Des cycles d'usage de drogue, de crime, d'arrestation, d'emprisonnement, de libération et de retour à l'usage de drogue suivi de nouvelle criminalité constituent des séquences récurrentes dans la vie de nombreux UDI. Ce cycle de criminalité, le potentiel d'infections transmissibles par le sang en prison, et les preuves maintenant convaincantes de l'efficacité des TEM dans la communauté sont des assises solides pour considérer l'application de TEM en prison [référence

omise].²³⁵

L'objectif principal de l'entretien à la méthadone, tel que cité par Gore:

est d'aider les personnes à cesser de s'injecter, non pas à cesser l'usage de drogue. La réduction de la dose de méthadone — avec pour but ultime d'aider le client à cesser l'usage de drogue — est un objectif à plus long terme.²³⁶

Avec l'avènement du VIH/sida, les arguments en faveur du TEMP s'imposent: en prison, bon nombre d'UDI continuent de s'injecter de la drogue, et partagent souvent du matériel d'injection, engendrant un risque élevé de transmission du VIH entre détenus et au public.

On trouve d'abondantes preuves comme quoi les UDI sont généralement surreprésentés en prison. Leur concentration parmi les détenus suggère qu'il serait probablement efficace et rentable de cibler cette population pour le traitement. À moins d'être traités, les détenus UDI ne changeront pas leurs habitudes en prison, ou les reprendront à leur libération et retourneront en prison. En outre, l'incarcération constitue un facteur de stress qui ne peut qu'être exacerbé par le sevrage. Le traitement à la méthadone s'est révélé efficace dans la réduction des symptômes de sevrage.

La méthadone peut aussi être prescrite dans le contexte carcéral à des fins de désintoxication ou de pré-libération, dont les motifs diffèrent: la désintoxication vise à ce que le détenu cesse l'usage de drogue, alors que les programmes pré-libération visent à favoriser les liens vers des programmes qui permettent la continuité du traitement dans la communauté. D'autres objectifs sont de réduire les décès par surdose, et de réduire le taux de récidive dans le crime.

Obstacles

Face aux préoccupations quant à l'usage de drogue en prison, les autorités correctionnelles réagissent généralement en recommandant des mesures de détection accrues et des sanctions plus sévères pour la possession de drogue illicite en prison. Ces mesures entrent souvent en conflit avec les aspects liés à la réhabilitation par le système carcéral. Les drogues injectables semblent continuer de pénétrer malgré des contrôles accrues et risquent d'exacerber les risques, même si ces risques peuvent être moins nombreux. L'un des principaux obstacles à l'implantation de TEMP réside dans le fait que ceci équivaut à un aveu des autorités carcérales à l'effet que les drogues injectables ne peuvent être enrayées des établissements.²³⁷

Abstention forcée

Dolan et Wodak mentionnent que les autorités correctionnelles considèrent généralement que

l'incarcération devrait être une période où les UDI sont forcés de s'abstenir de consommer de la drogue, pour leur bien et celui de la communauté:

Plusieurs employés correctionnels considèrent la méthadone simplement comme un autre stupéfiant, dont la provision retarde encore la croissance personnelle requise pour se sortir d'une existence axée sur la drogue.²³⁸

Manque d'éducation sur les fondements du TEM

Plusieurs employés correctionnels et certains systèmes, dont le SCC, comprennent mal les fondement du TEM. Tel que souligné par Hall et coll.,²³⁹ en l'absence d'éducation sur ses fondements, certains employés correctionnels considèrent que de prodiguer un TEM équivaut à se plier aux caprices des détenus toxicomanes en leur donnant un accès gratuit à un opioïde. Ils ont l'impression que son fondement principal est de réduire la récurrence plutôt que de réduire la transmission du VIH dans les prisons. Ainsi, le SCC affirmait dans sa réponse aux recommandations du CESP qu'il n'y avait «pas d'indication médicale» d'offrir l'entretien à la méthadone, tout en négligeant de considérer l'effet potentiellement salutaire de tels programmes et en adoptant une position fort conservatrice qui donne l'impression d'avoir été adoptée avant l'avènement du VIH/sida. Par contraste, les tenants du TEM soulignent qu'il est nécessaire de le rendre disponible pour sauver des vies: il réduirait l'usage de drogue par injection et son risque de transmission du VIH. En d'autres mots, l'entretien à la méthadone n'est peut-être pas inoffensif, mais ses méfaits possibles sont négligeables lorsque comparés à ceux beaucoup plus importants de l'injection de drogue, notamment en ce qui concerne le VIH et l'hépatite.

Objections d'ordre moral

Certains s'opposent au TEM pour des raisons d'ordre moral, prétendant qu'il ne fait que remplacer une drogue par une autre. Par exemple, une minorité de participants à l'Atelier VIH/sida et prisons à Kingston, a exprimé avec véhémence son opposition à l'accessibilité de la méthadone en prison et à l'extérieur en soutenant que «la méthadone n'aide pas réellement les gens à se défaire de leur dépendance aux drogues» et que «les personnes qui suivent des programmes d'entretien à la méthadone ne font qu'échanger une dépendance, celle à une drogue narcotique, pour une nouvelle dépendance, celle à la méthadone». Si l'on disposait d'autres méthodes permettant de parvenir à une abstinence durable, on pourrait considérer que les bienfaits de la méthadone sont minces; cependant, il n'existe pas de telles alternatives et

[I]a majorité des patients dépendants de l'héroïne recommencent à s'en injecter après la désintoxication; peu d'entre eux sont attirés par un traitement d'abstinence ou le poursuivent assez longtemps pour parvenir au but. Tout traitement qui, comme le TEM, réussit à conserver la moitié de ceux qui

l'entreprennent, réduit considérablement leur usage d'opioïdes illicites et leur activité criminelle, et améliore leur santé et leur bien-être, accomplit en fait beaucoup plus que de «seulement» substituer une drogue à une autre.²⁴⁰

Évaluation

La plupart des bienfaits attribués dans la communauté à la désintoxication à la méthadone et à l'entretien à la méthadone peuvent probablement être étendus aux prisons. Ces bienfaits ne devraient toutefois pas être pris pour acquis, car l'environnement institutionnel et les conditions de sécurité sévères des établissements correctionnels rendent incertaine la question d'étendre aux prisons les résultats d'études menées sur le TEM dans la communauté. Par conséquent, il convient de procéder à des recherches sur l'usage de la méthadone à des fins de désintoxication, d'entretien et de pré-libération.²⁴¹

Réduction de l'injection et du partage de matériel

Dolan et coll. ont évalué l'efficacité du TEM dans la réduction des comportements à risque de transmission du VIH chez les détenus. Leur étude suggère que:

la réduction de l'injection et du partage de seringues par le TEM dans la communauté s'observent aussi en prison. Toutefois, les détenus ont besoin d'une dose quotidienne d'au moins 60 mg de méthadone et le traitement doit durer jusqu'à la fin de l'incarcération pour que ces bienfaits se concrétisent.²⁴²

En 1993, Dolan et coll. interrogeaient 185 ex-détenus de la Nouvelle-Galles du Sud présentant un dossier d'usage de drogue par injection, dont 64 ont indiqué avoir suivi un TEM avant, pendant et après leur incarcération, et 80 ont indiqué n'en avoir jamais suivi à aucune de ces trois périodes:

- dans une proportion considérable, les UDI ayant suivi un TEM dans les 3 mois précédant l'incarcération étaient moins susceptibles de rapporter des pratiques d'injection quotidienne (42% contre 60%) et de partage de seringues (13% contre 26%) que les UDI qui n'en avaient pas suivi;
- les UDI qui avaient suivi un TEM au cours de leur détention rapportaient une fréquence d'injection par semaine inférieure à celle de ceux sans TEM, mais seulement lorsque la dose maximale était supérieure à 60 mg par jour et que le TEM avait été prodigué pour toute la durée de la détention.

Dolan et coll. ont conclu que «le TEM peut jouer un rôle important de réduction de la propagation du VIH et de l'hépatite en prison.»

En Espagne, d'importantes réductions dans le partage du matériel d'injection ont été observées chez les détenus UDI en TEMP, comparativement à un groupe témoin.²⁴³ En N.-G. S, les détenus en TEMP rapportaient des diminutions dans leur usage de drogue, dans la violence rattachée à la drogue en prison, dans le crime après la libération, et ils considéraient que le TEM était plus efficace dans la prévention du VIH en prison que dans la communauté.²⁴⁴

Bienfaits pour le personnel et le public

On a démontré que les TEMP sont bénéfiques aux systèmes correctionnels: ils réduisent l'anxiété du personnel correctionnel,²⁴⁵ qui constate que les détenus en TEM sont moins irritables et plus faciles à «gérer»; par ailleurs, ils ne remarquent pas de conflit entre les détenus en traitement et les autres. On a observé que la désintoxication à la méthadone, pour les détenus dépendants de l'héroïne à leur admission dans les prisons suisses, réduit la tension et facilite la gestion de la détention.²⁴⁶ Tel que souligné par Dolan et Wodak,

moins de transmission d'infections virales par le sang et plus de facilité à gérer les prisons, ce sont là des gains importants pour l'ensemble de la société. La diminution de la prévalence d'infections transmissibles par le sang parmi les détenus augmente la sécurité du milieu de travail pour le personnel correctionnel.²⁴⁷

Pas de marché noir de la méthadone

En N.-G.S., trois études n'ont noté aucune tactique d'accumuler ou de receler la méthadone.²⁴⁸ En Suisse, l'analyse d'urine a montré que seulement 7% des détenus sous TEMP avait fait usage d'héroïne, alors qu'en Écosse, on a remarqué que les détenus participant à un programme de réduction de l'usage de drogue avaient effectivement consommé moins de drogue qu'un groupe de contrôle.²⁴⁹

Traitement d'entretien à l'héroïne

Tel que mentionné ci-dessus, l'établissement suisse de Oberschöngrün a amorcé en 1995 un programme d'entretien à l'héroïne.

L'expérience nationale de la Suisse

Ce programme fait partie d'une expérience menée à l'échelle nationale en matière de prescription d'héroïne et d'autres drogues aux usagers, afin de déterminer si une telle prescription réduit leur activité criminelle et leur risque de contracter et de propager le VIH et

d'autres agents infectieux.²⁵⁰ Le programme a été implanté en janvier 1994 dans 8 villes. Dans chaque ville, il offre du logement, de l'aide dans la recherche d'emploi, des soins médicaux et psychologiques, des seringues stériles et du counselling. Les usagers sont en contact régulier avec des travailleurs de la santé et des liens vers le traitement visant l'abstinence. Certains programmes ont commencé en donnant de l'héroïne à certains usagers et de la morphine ou de la méthadone injectable à d'autres. On s'est toutefois vite rendu compte que les usagers préfèrent en général l'héroïne, qui est offerte jusqu'à trois fois par jour, moyennant une somme quotidienne minime. Les rapports préliminaires du programme laissent entrevoir que l'entretien à l'héroïne est une mesure efficace, qu'il n'a pas donné lieu à un marché noir parallèle, et que la santé des utilisateurs inscrits s'est nettement améliorée. De ces données intérimaires, les autorités ont conclu que, lorsque utilisée avec contrôle et dans des conditions salubres, l'héroïne cause très peu de problèmes, sinon aucun. Sur la base de ces résultats, le gouvernement suisse a élargi le programme à plus de 1 000 utilisateurs en 1995 (environ 800 places pour l'héroïne, 100 pour la morphine et pour la méthadone injectable).

Entretien à l'héroïne à Oberschöngrün

Au cours des récentes années, l'établissement pénitentiaire de Oberschöngrün a été de plus en plus souvent confronté à des détenus toxicomanes. C'est leur dépendance qui les a poussés à commettre leurs délits. Or la répression ne suffit pas à empêcher la consommation de drogue en prison. À Oberschöngrün, on sait d'expérience que 90% des toxicomanes rechutent après être sortis de prison. On est loin de l'article 37, alinéa 1, du CPS, selon lequel «[l]a réclusion et l'emprisonnement seront exécutés de manière à exercer sur le détenu une action éducative et à préparer son retour à la vie libre».

La prescription contrôlée d'héroïne, autorisée en juin dernier par l'OFSP pour huit détenus, devrait permettre une stabilisation psychique et physique des prisonniers concernés, ce qui constitue une condition indispensable pour une future réinsertion aussi bonne que possible dans la société. Le directeur, Peter Fäh, est d'avis que: «L'abstinence reste l'objectif primordial. Mais la réalité montre que la dépendance à l'héroïne est une maladie et qu'elle ne peut pas être guérie avec la même facilité qu'une jambe cassée.»²⁵¹

L'entretien à l'héroïne a commencé à Oberschöngrün en septembre 1995, par un projet pilote de 3 mois impliquant 4 détenus. Depuis janvier 1996, jusqu'au 31 décembre 1996, jusqu'à 8 détenus participent au projet. Pour y être admissibles, les détenus doivent:

- être âgé de 20 ans ou plus;
- avoir été dépendants de l'héroïne pendant au moins 2 ans;

- avoir déjà subi un traitement, sans succès;
- présenter des «déficiences dans la sphère sociale»; et
- avoir encore un temps suffisant à purger dans l'établissement.

Les participants vivent dans une unité séparée de l'établissement, travaillent 7 jours par semaine dès 5h30 le matin, participent à des discussions de groupe et à des séances individuelles de counselling psychosocial, et s'injectent de l'héroïne 3 fois par jour, sous supervision médicale. Les principaux buts du programme sont de:

- déterminer si l'entretien à l'héroïne est une mesure applicable en prison;
- mettre en application des mesures de réduction des méfaits en prison;
- assister l'établissement à résoudre ses problèmes en matière de drogue; et
- étudier les avantages, pour les clients et l'établissement, de l'entretien à l'héroïne par rapport à l'entretien à la méthadone.

Les premiers résultats, rendus publics au symposium de Berne le 28 février 1996, montrent que les clients apprécient le soutien médical et psychologique qu'ils reçoivent, mais qu'ils craignent que leur dépendance à l'héroïne n'augmente ou qu'il ne leur soit pas possible de continuer l'entretien à l'héroïne à la fin du projet ou après leur libération. Le directeur de la prison est toutefois confiant que le programme se poursuivra et espère même qu'il pourra être offert à davantage de détenus. Il voit des résultats positifs dans l'amélioration marquée de la performance de travail des participants, un facteur important dans l'obtention de l'assentiment du personnel. Lors de sa visite à Oberschöngrün, l'auteur du présent document a entendu de nombreux témoignages de membres du personnel qui se sont dits impressionnés par la performance de travail des détenus dans le programme d'entretien à l'héroïne.

Les résultats détaillés du projet seront disponibles à la fin de 1996.

Entretien à l'héroïne dans d'autres pays

L'entretien à l'héroïne est prodigué dans un nombre croissant de pays,²⁵² mais Oberschöngrün demeure la seule prison au monde à le faire.

Royaume-Uni

Selon une tradition qui remonte au 19e siècle, les médecins du Royaume-Uni prescrivent des

drogues aux utilisateurs de drogues. Dans plusieurs régions, des cliniques en toxicomanie ou des équipes communautaires offrent des régimes souples de prescription allant de la désintoxication à court terme jusqu'à l'entretien prolongé. La majorité des clients reçoivent de la méthadone consommable par voie orale, mais d'autres reçoivent de la méthadone ou de l'héroïne injectable, et d'autres, plus rares, reçoivent des amphétamines, de la cocaïne ou d'autres drogues. Ces drogues sont fournies par les pharmaciens locaux.

Dans la région de Merseyside, où la prescription de drogues et d'autres programmes de réduction des méfaits sont bien établis, on rapporte que les problèmes de santé liés à la drogue, de même que le crime pour se procurer de la drogue, sont en baisse à cause de ces services. En particulier, la prévalence de l'infection à VIH parmi les UDI de cette région est très faible.

Autres pays

Les Pays-Bas, plusieurs villes de l'Allemagne, et le Capital Territory de l'Australie se préparent aussi à instaurer des programmes d'entretien à l'héroïne.

Canada

Grâce aux recommandations du rapport du Coroner en chef de la Colombie-Britannique,²⁵³ de nombreuses agences travaillent avec des groupes communautaires en vue de déterminer la faisabilité des programmes de prescription dans le cadre de leur stratégie contre les méfaits liés à la drogue.

Publication du Sondage national auprès des détenus du SCC

Résultats

Depuis la parution du *Document de travail*, le SCC a rendu publics les résultats de son sondage de 4 285 détenus. Le sondage confirme les craintes que «le problème du sida est particulièrement élevé derrière les barreaux». ²⁵⁴ Tel que rapporté ci-dessus, il fournit la preuve qu'au moins 26% des détenus ont adopté des pratiques à risque dans leurs établissements actuels. En particulier:

- 11% des détenus se considéraient exposés à un risque élevé par rapport au VIH parce qu'ils se sont injecté de la drogue depuis leur incarcération;
- 13% se sont fait tatouer en prison sans être certains que le matériel était stérile;

- 6% avaient eu des activités sexuelles consensuelles en prison, souvent sans utiliser de condom;
- 3% avaient été agressés sexuellement en prison et 6% avaient subi des pressions pour offrir des services sexuels; et
- 28% croient que les analyses d'urine du SCC poussent des détenus vers des drogues moins facilement détectables, qui créent davantage de dépendance (et sont consommées par injection).

Historique

Selon le Rapport de recherche «les obligations juridiques et les recommandations du Comité d'experts sur le sida et les prisons ont donné au SCC l'élan pour procéder au sondage national des détenus». C'est le premier sondage de ce genre conduit au Canada et il a eu lieu à l'automne 1995 dans des prisons fédérales à travers le pays. On s'attend à ce que les résultats du sondage

améliorent la connaissance des détenus fédéraux par le SCC dans plusieurs nouveaux domaines. Particulièrement pertinentes et innovatrices sont les questions de ce sondage qui procurent de l'information au sujet du VIH/sida, et spécifiquement sur les comportements qui exposent les détenus à un risque d'infection, incluant les pratiques sexuelles et l'usage de substances illégales dans les établissements. Ultimement, ces découvertes offriront de l'information importante pour la direction future dans un certain nombre de champs importants, incluant l'opération institutionnelle, la programmation à l'intention des détenus et le développement de politiques.²⁵⁵

Le Rapport de recherche poursuit en prétendant que «le CESP a recommandé une étude en profondeur sur l'usage de drogue et les autres comportements de prise de risque, afin de déterminer ce qui doit être fait pour prévenir la transmission du virus entre détenus et protéger l'ensemble de la communauté.»²⁵⁶ Cette affirmation déforme de manière très sérieuse la recommandation du CESP, qui recommandait en réalité que:

Afin d'empêcher la transmission d'agents infectieux, le VIH en particulier, par suite du partage de matériel d'injection non-stérile — et parce que le matériel d'injection n'est pas systématiquement et dûment nettoyé à l'eau de Javel — le CESP a conclu que le SCC doit examiner la question de l'accès des détenus à du matériel d'injection propre. Par conséquent, le CESP recommande que des études soient effectuées en vue de trouver des moyens et d'élaborer des mesures, incluant l'accès à du matériel d'injection propre [lire stérile], qui permettront de réduire encore davantage le risque de transmission du VIH et les

autres dangers découlant de l'utilisation de drogues injectables dans les établissements correctionnels fédéraux. Ces études devraient être effectuées par des personnes de l'extérieur du SCC, mais en collaboration avec celui-ci, et Santé Canada devrait y être impliqué activement. Elles devraient être précédées de consultations auprès des détenus, du personnel, de groupes communautaires et de spécialistes indépendants. Elles devraient comprendre des projets pilotes valides sur le plan scientifiques et être alliées à des mesures de planification, de communication et de sensibilisation, qui permettront d'accélérer la mise en oeuvre de la distribution de matériel d'injection propre [lire stérile] dans les établissements.²⁵⁷

Le Service avait rejeté cette recommandation et accepté seulement de «participer avec Santé et Bien-Être Canada et le système de santé publique à un programme de recherche sur l'utilisation de drogues injectables et d'autres dangers et sur les stratégies de prévention.» Le CESP ne se serait pas opposé, en principe, à ce sondage, mais ne considérerait certainement pas que cette étude était nécessaire pour «déterminer ce qui doit être fait pour prévenir la transmission du virus entre détenus et protéger l'ensemble de la communauté.» De fait, le CESP a déposé 88 recommandations visant précisément ceci: la prévention de la transmission entre détenus et la protection du personnel et de l'ensemble de la communauté. Il a en outre exhorté le SCC à agir immédiatement, sans plus de délai, et sans attendre des résultats supplémentaires de recherches qui ne feraient probablement que confirmer ce que l'on sait déjà: des comportements à risque ont cours en prison.

Conclusion

Deux ans après le rapport final du CESP, les résultats de la section VIH/sida du sondage du SCC auprès des détenus ne viennent que confirmer l'évaluation qu'avait faite le CESP de la situation en matière de VIH/sida et d'usage de drogue dans les prisons fédérales. Ces résultats sont utiles en ce qu'ils démontrent une fois de plus qu'il est nécessaire d'agir, mais ils n'étaient pas requis pour déterminer ce qui doit être fait pour prévenir la transmission du VIH entre détenus et au public: le Service correctionnel du Canada aurait pu et dû agir plus tôt.

Publication du Rapport de la Commission Arbour

[D]ans l'imposition de peines, la loi continue d'être la source de toute autorité.... Un verdict de culpabilité suivi d'une peine d'emprisonnement ne permet pas à l'État d'ignorer les valeurs fondamentales que la loi, et particulièrement la loi criminelle, cherche à maintenir et à faire valoir, comme l'honnêteté, le respect de la sécurité physique d'autrui, le respect de la vie privée et la dignité humaine. L'administration de la justice criminelle ne prend pas fin avec le verdict et avec

l'imposition de la peine. Les autorités correctionnelles sont tenues aux mêmes normes d'intégrité et de décence que leurs collègues de l'administration de la justice criminelle.²⁵⁸

Le Rapport de la Commission

La Commission d'enquête sur certains événements survenus à la prison des femmes de Kingston a critiqué les agissements du SCC lors d'un incident survenu en 1994, où des agents correctionnels mâles ont soumis des détenues à une fouille corporelle à nu. Dans un rapport de 300 pages rendu public en avril 1996, l'honorable Louise Arbour, commissaire, a critiqué «une absence troublante d'engagement du Service correctionnel du Canada à l'égard des idéaux de justice» et a même conclu que «rien ne permet de suggérer que le Service soit disposé ou capable de s'amender sans une orientation ou un contrôle judiciaires.»^{258a} Au cours de son enquête, le juge Arbour s'est laissé dire que, malgré le fait que le traitement des détenues dans cette affaire précise a fréquemment enfreint les lois canadiennes et règlements correctionnels, personne au SCC n'a fait quoi que ce soit: «On a plutôt produit un rapport d'investigation interne qui a blanchi certains agissements et en a omis d'autres, en blâmant les détenues pour tout ce qui allait mal.»²⁵⁹

Immédiatement après la publication du rapport, celui qui était commissaire du SCC, M. John Edwards, a remis sa démission. Il a été remplacé par l'ex-commissaire Ole Ingstrup. Au début de juin 1996, le SCC a annoncé qu'il allait adopter un certain nombre de recommandations du rapport Arbour, mais que certaines d'entre elles qui portent à controverse requéraient un examen plus approfondi. En entrevue, le Solliciteur général Herb Gray a dit: «J'ai vu que l'élément de base du rapport Arbour était que le système correctionnel doit s'acquitter de ses responsabilités dans les limites des règles de la loi.»²⁶⁰[traduction]

L'objectif du juge Arbour en formulant des recommandations sur divers aspects des activités correctionnelles examinées dans son enquête, était: «d'aider le système correctionnel à se rallier à deux idéaux constitutionnels canadiens auxquels le reste de l'administration de la justice aspire: la protection des droits de la personne et le droit à l'égalité.»²⁶¹

Pertinence du rapport Arbour pour le VIH/sida

Le rapport ne concerne pas les questions soulevées par le VIH/sida, mais il met en relief des lacunes systémiques au sein du SCC, l'«absence d'une culture respectueuse des droits de la personne»²⁶² et un manque de volonté de répondre aux critiques venant de l'extérieur et de s'engager dans une autocritique honnête. Or, une telle situation affecte aussi de toute évidence la réaction du SCC (ou son manque de réaction) au VIH.

Le juge Arbour a déclaré:

Dans sa mission, le Service correctionnel du Canada s'engage à faire preuve de «transparence», d'«intégrité» et d'«imputabilité». Un organisme qui souscrirait véritablement à ces valeurs tenterait, il me semble, de respecter la loi et ferait preuve de vigilance pour corriger tout manquement à celle-ci; il réagirait aux critiques externes et serait prêt à faire son autocritique; il serait prêt à rendre compte loyalement et honnêtement de ses actes et reconnaîtrait ses erreurs. Trop souvent on a nié les erreurs, on s'est défendu contre la critique et on a réagi sans vérifier si elle était fondée ou non.²⁶³

En ce qui concerne le VIH/sida, le SCC a démontré une ouverture remarquable en accordant à une instance de l'extérieur, le CESP, l'accès complet à ses établissements et, après deux ans d'étude, en publiant le Rapport final, qui contient 88 recommandations sur ce que le SCC devrait faire pour prévenir la propagation ultérieure du VIH dans ses établissements, à ses employés et au public. Une ouverture est aussi apparente dans la décision du SCC de participer au financement de la présente étude comme un suivi sur les recommandations du CESP.

Néanmoins, le Service avait réagi d'une façon hautement défensive au rapport du CESP. Le public et les médias sont méinformés, depuis quelques années, sur les dimensions réelles de la réaction au rapport du CESP et sur les initiatives du SCC pour la mettre en application: le Service a tendance à référer à sa réponse officielle, mais demeure silencieux sur le fait que peu de recommandations ont réellement été appliquées parmi les nombreuses officiellement acceptées, et que peu, sinon rien, n'a été fait pour mettre les autres en application — pas plus que n'a été élaboré aucun mécanisme visant à rendre ceci possible. Il est vrai que certains développements ont eu lieu, tel que le démontre le présent rapport, mais ils ne sont dus qu'à des cas isolés de dévouement de quelques individus, particulièrement dans les services de santé, et à l'implication et au financement de Santé Canada, plutôt qu'à un changement réel et généralisé dans l'attitude au niveau de la direction du SCC et du personnel correctionnel. Sauf respect, le SCC est assez peu sensible à la critique extérieure et semble peu disposé à s'engager dans une autocritique ou à donner un compte rendu juste et honnête de ses actions réelles à l'égard du VIH/sida et de l'usage de drogue.

L'un des autres problèmes fondamentaux que soulève le rapport du juge Arbour, l'«absence de culture respectueuse des droits de la personne», est également évident dans le domaine du VIH/sida et de l'usage des drogues. D'abord et avant tout, le principe d'équivalence dans les soins, qui requiert que l'on prodigue aux détenus des soins de santé, incluant des mesures préventives, équivalents à ceux qui sont disponibles dans la communauté, est compris d'une bien pauvre manière. Deuxièmement, si le fait d'enfreindre certains droits des détenus peut être justifié dans certaines situations, le SCC se doit de justifier ces enfreintes cas par cas: chacune doit être nécessaire, susceptible d'être efficace et constituer la mesure la moins

intrusive et restrictive possible de prévenir des méfaits qui ne pourraient pas être prévenus autrement.

La divulgation régulière et fréquente de renseignements médicaux liés au VIH, tel que l'envisage le SCC suite à un de ses avis juridiques,²⁶⁴ ne résiste pas à ces critères et ne constitue qu'un exemple isolé du peu de compréhension des droits des détenus. La formation éducative s'impose, tel que le souligne le juge Arbour, qui mettra «l'accent sur la suprématie de la *Charte canadienne des droits et libertés* et sur le fait que le pouvoir émane de la loi.»²⁶⁵

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

⁹³ K. Makin, «Prisons Haunted by Fear of Violence», *The Globe and Mail*, 7 juin 1996, à la p. A-6.

⁹⁴ Cas de VIH/sida rapportés dans les pénitenciers fédéraux, Service correctionnel du Canada, Services de santé, mars 1996.

⁹⁵ Trudi Nichol, *supra*, note 26.

⁹⁶ Pour un survol, voir Annexe 2:
R. Elliott, Droit constitutionnel des détenus à des aiguilles stériles et à de l'eau de Javel.

⁹⁷ Nichol, *supra*, note 26; voir aussi
R. Rolland et coll., «Medical Care Costs Associated with Jail in Incarceration of People with HIV/AIDS», XIe Conférence internationale sur le sida, Vancouver, 7-11 juillet 1996, abrégé no We.D.3667: les coûts des soins médicaux aux détenus séropositifs UDI est de 10 fois plus élevé que pour les détenus non-infectés non-UDI.

⁹⁸ Rapport final du CESP, *supra*, note 13, aux p. 6-7, avec référence à T.W. Harding, G. Schaller, HIV/AIDS Policy for Prisons or for Prisoners?, dans J. M. Mann, D.J.M. Tarantola (éds), *AIDS in the World*, Cambridge, Harvard University Press, 1992, 761-769, aux

p. 762-762.

⁹⁹ S. Ford, «Soins de santé pour les détenus vivant avec le VIH/sida», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1995, 2(1): 29-30, à la p. 29. Le texte qui suit est un extrait modifié de cet article.

¹⁰⁰ *Ibid.*

¹⁰¹ Comptes rendus d'expériences personnelles de deux détenus d'établissements fédéraux (communication personnelle reçue le 4 mars 1994).

¹⁰² *Supra*, note 12, aux p. 76-77. Pour un sommaire, voir aussi K. Dolan, «Drug Injectors in Prisons and Community in England», *The International Journal of Drug Policy*, 1993, 4(4): 179-183; K. Dolan et coll., «AIDS Behind Bars: Preventing HIV Spread Among Incarcerated Drug Injectors», *AIDS*, 1995, 9 (8): 825-832.

¹⁰³ *Ibid.*, à la p. 88.

¹⁰⁴ *Le VIH/SIDA en milieu carcéral: Documentation*, *supra*, note 15, p. 99-123.

¹⁰⁵ D. Shewman, M. Gemmel, J.B. Davies, *Drug Use and Scottish Prisons: Full Report*, Scottish Prison Service Occasional Paper, no 6, 1994.

¹⁰⁶ A. Taylor et coll., «Outbreak of HIV Infection in a Scottish Prison» (août 1994, présentation à la Xième Conférence internationale sur le sida, Yokohama, programme no 463C).

¹⁰⁷ A.G. Bird et coll., «Surveillance with Risk Factor Elicitation at Scotland's Largest Prison, Barlinnie», *AIDS*, 1995, 9: 801-808, à la p. 801. Pour une autre étude écossaise, voir S.M. Gore, «Drug Injection and HIV Prevalence in Inmates of Glenochil Prison», *British Medical Journal*, 1995, 310, p. 293-296. Pour un sommaire des études au Royaume-Uni, voir P.J. Turnbull, G.U. Stimson, «A Public Health Approach Is Needed to Prevent the Spread of HIV Infection Among Imprisoned IDUs», XIe Conférence internationale sur le sida, Vancouver, 7-11 juillet 1996, abrégé no We. D.3658.

¹⁰⁸ K. Dolan et coll., *Bleach Availability and Risk Behaviours in New South Wales*. Technical Report no 22, Sydney, National Drug and Alcohol Research Centre, 1994.

¹⁰⁹ K. Dolan et coll., «HIV Risk Behaviour of IDUs before, during and after Imprisonment in New South Wales», *Addiction Research* (à paraître).

¹¹⁰ N. Mahon, «High Risk Behavior for HIV Transmission in New York State Prisons and City Jails», *American Journal of Public Health*, septembre 1996.

¹¹¹ Ibid., avec référence à la transcription de la première rencontre du groupe-cible de femmes détenues, décembre 1993, à la p. 46.

¹¹² C.A. Saum et coll., «Sex in Prison: Exploring the Myths and Realities. *Prison Journal*», décembre 1995.

¹¹³ S. Kane, J. Dotson, HIV Risk in Rural Indiana Jails (manuscrit d'octobre 1995, à paraître).

^{113a} H.J.A. Haastrecht, «Low Levels of HIV Risk Behaviour among Injecting Drug Users during and following Imprisonment in the Netherlands», XIe Conférence internationale sur le sida, Vancouver, 7-11 juillet 1996, abrégé no Tu. C.2549.

^{113b} R. Matas, «Prevention in Jails Under Fire», *The Globe and Mail*, 12 juillet 1996, à la p. A-6.

^{113c} L.G. Wiessing et coll., «Prevalence and Risk Factors for HIV Infection among Drug Users in Rotterdam», XIe Conférence internationale sur le sida, Vancouver, 7-11 juillet 1996, abrégé no Tu. C.2548.

¹¹⁴ C. Hankins et coll., «Prior Risk Factors for HIV Infection and Current Risk Behaviours Among Incarcerated Men and Women in Medium-Security Correctional Institutions - Montréal», *Journal canadien des maladies infectieuses*, 1995, 6 (suppl. B): 31B.

¹¹⁵ A. Dufour et coll., «HIV Prevalence Among Inmates of a Provincial Prison in Québec City», *Journal canadien des maladies infectieuses*, 1995, 6 (suppl. B): 31B.

¹¹⁶ Nichol, *supra*, note 27.

^{116a} Rapporté par C. Ploem à la XIe Conférence internationale sur le sida, Vancouver, le 10 juillet 1996.

¹¹⁷ SCC, 1995, *Sondage national auprès des détenus*, Ottawa: le Service (Secteur de recherche et développement), 1996, No SR-02, à la p. 138 [de la version anglaise, la française n'étant pas disponible lors de notre requête]; *Sondage national auprès des détenus*, annexe principale, *supra*, note 53, aux p. 267-268.

¹¹⁸ *Ibid.*

¹¹⁹ *Sondage national auprès des détenus: Rapport final - 1995*, *supra*, note 117, p. 139 de la version anglaise.

¹²⁰ Pour un sommaire de cinq études, voir M. Parts, «The Eighth Amendment and the Requirement of Active Measures to Prevent the Spread of AIDS in Prisons», *Columbia Human Rights Law Review*, 1991, 22: 217-249, aux p. 221-225. Pour un survol détaillé, voir K. Dolan, *Evidence of HIV Transmission in Prison* [à paraître].

¹²¹ T. Hammett et coll., *1992 Update: AIDS in Correctional Facilities*. Washington, DC, The National Institute of Justice, 1994.

¹²² Castro et coll., «Transmission in Correctional Facilities», texte présenté à la VIIe Conférence internationale sur le sida, Florence, 16-21 juin 1991.

¹²³ T.F. Brewer et coll., «Transmission of HIV-1 Within a Statewide Prison System», *AIDS*, 1988, 2(5): 363-367.

¹²⁴ Hammett et coll., *supra*, note 121. Les données qui suivent proviennent de leur rapport.

¹²⁵ *Ibid.*

¹²⁶ *Le VIH/sida en milieu carcéral: documentation*, *supra*, note 15, à la p. 60, avec référence.

¹²⁷ Pour un sommaire, voir Dolan et coll., «AIDS behind Bars», *supra*, note 102; voir aussi V. Soriano et coll., «Spreading of HTLV-II Among UDIs in Spain: Evidence for Prisons Acting as Shooting Galleries», XIe Conférence internationale sur le sida, Vancouver, 7-11 juillet 1996, abrégé no Mo.C.1677; R. Hernandez et coll., «Drug-Addiction and AIDS in Prison Populations», XIe Conférence internationale sur le sida, Vancouver, 7-11 juillet 1996, abrégé no Pub. D.1411; S. Oliveira, «Sex of the Angels: Sexual Transmission of HIV in Brazilian Jails», XIe Conférence internationale sur le sida, Vancouver, 7-11 juillet 1996, abrégé no We. D.3814.

¹²⁸ A. Taylor, *supra*, note 107; B. Christie, «Scotland: Learning from Experience», *British Medical Journal*, 1995, 310 (6975): 279; A. Taylor, D. Goldberg, et coll., «Outbreak of HIV Infection in a Scottish Prison», *British Medical Journal*, 1995, 310 (6975): 289; D.I. Yirrell et coll., «Molecular Investigation Confirming an Outbreak of HIV in a Scottish Prison», XIe Conférence internationale sur le sida, Vancouver, 7-11 juillet 1996, abrégé no Mo. C.1532. Voir aussi R. Jürgens, «Preuves inquiétantes de la transmission du VIH dans les prisons», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1995, 1 (2): 2-3.

¹²⁹ Voir Dolan, «Evidence of HIV Transmission», *supra*, note 120.

¹³⁰ *Ibid.*, avec référence au Scottish Affairs Committee: *Drug Abuse in Scotland: Report*, Londres, HMSO, 1994.

- ¹³¹ A. Taylor, D. Goldberg, «Détails sur la vague d'infection à VIH dans une prison d'Écosse», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1996, 2(3): 16-17. Le texte qui suit est une version revue de leur article.
- ¹³² K. Dolan, W. Hall, A Wodak, *Bleach Availability and Risk Behaviours in Prison in New South Wales*, Technical Report no 22, Sydney, National Drug and Alcohol Centre, 1995.
- ¹³³ D.C. Des Jarlais, S.R. Friedman, K. Choopanya et coll., «International Epidemiology of HIV and AIDS among Injecting Drug Users», *AIDS*, 1992: 6, 1053-1068.
- ¹³⁴ Taylor et Goldberg, *supra*, note 131.
- ¹³⁵ *Ibid.*
- ¹³⁶ S.M. Gore, A.G. Bird, «No Escape: HIV Transmission in Jail», *British Medical Journal*, 1993, 307: 147-148. Voir aussi S.M. Gore, A.G. Bird, «Transmission of HIV in Prisons», *British Medical Journal*, 1993, 307: 681.
- ¹³⁷ *Ibid.* avec références.
- ¹³⁸ *Ibid.*, à la p. 147.
- ¹³⁹ K. Dolan, W. Hall, et coll., «Letter to the Editor: Evidence of HIV Transmission in an Australian Prison», *Medical Law Journal of Australia* 1994, 160: 734.
- ¹⁴⁰ K. Dolan et coll. «A Network of HIV Infection among Australian Inmates», XIe Conférence internationale sur le sida, Vancouver, 7-11 juillet 1996, abrégé no We. D.3655.
- ¹⁴¹ M. Kennedy, «Prison Discrimination Case Continues», *HIV/AIDS Legal Link* [Australie], 1995, 6 (2): 12.
- ¹⁴² N. Mahon, «Action sociale en faveur de la réduction des méfaits dans les prisons américaines», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1995, 2(1): 27-28, à la p. 27, avec référence à R.C. Mutter, R.M. Grimes, D. Labarthe, «Evidence of Interprison Spread of HIV Infection», *Archives of Internal Medicine*, 1994, 154: 793-795.
- ¹⁴³ M. Rotily et coll., «HIV Testing, HIV Infection and Associated Risk Factors among Inmates in South-Eastern French Prisons», *AIDS*, 1994, 8: 1341-1344, à la p. 1344; voir aussi M. Rotily et coll., «HIV Testing, Prevalence, and Risk Behaviours Among Prisoners Incarcerated in South-Eastern France», XIe Conférence internationale sur le sida, Vancouver, 7-11 juillet 1996, abrégé no Tu. C.2632.

144 *Ibid.*

145 N.H. Wright et coll., «Was the 1988 HIV Epidemic among Bangkok's Injection Drug Users a Common Source Outbreak?», *AIDS*, 1994, 8: 529-532; tel que rapporté par Dolan dans «AIDS Behind Bars», *supra*, note 102.

146 Réponse de O. LeBlanc au *Document de travail* en date du 8 janvier 1996.

147 M. Pearson, P.S. Mistry, et coll., «Dépistage volontaire de l'hépatite C dans un pénitencier fédéral pour hommes au Canada», *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 1995, 21(14): 134-136.

148 Statistiques des services de santé. Service correctionnel du Canada, août 1995.

149 Statistiques des services de santé. Service correctionnel du Canada, avril 1996.

150 P.M. Ford, C.White, et coll., «Séroprévalence de l'hépatite C dans un pénitencier fédéral pour femmes au Canada», *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 21(14): 132-134.

151 *Supra*, note 147.

152 R.G. Préfontaine, R.K. Chaudhary, «Seroepidemiologic Study of Hepatitis B and C Viruses in Federal Correctional Institutions in British Columbia», *Journal canadien des maladies infectieuses*, 1990, 16: 265-266; R.G. Préfontaine et coll., «Analysis of Risk Factors Associated with Hepatitis B and C Infections in Correctional Institutions in British Columbia», *Journal canadien des maladies infectieuses*, 1994, 5: 153-156.

153 Voir N. Crofts, T. Stewart, et coll., «Spread of Bloodborne Viruses among Australian Prison Entrants», *British Medical Journal*, 1995, 310 (6975): 285; et P. Brown, cité dans C. Zinn. «Australia: Climbing the Political Agenda», *British Medical Journal*, 1995, 310 (6975): 279.

154 D. Vlahov et coll., «Prevalence and Incidence of Hepatitis C Infection among Male Prison Inmates in Maryland», *European Journal of Epidemiology*, 1993, 9(5): 566-569.

154a K.P. Fennie et coll., «Hepatitis C Prevalence and Incidence in a Cohort of HIV+ and HIV- Female Prisoners», XIe Conférence internationale sur le sida, Vancouver, 7-11 juillet 1996, abrégé no Tu. C.2655.

155 K. Keppler, F. Nolte, H. Stöver, «Transmission of Infectious Diseases in Prison — Results of a Study in the Prison for Women in Vechta, Lower Saxony, Germany (à paraître); rapporté dans le *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1996, 2(2): 21.

¹⁵⁶ Ford, *supra*, note 150, aux p. 133-134.

¹⁵⁷ *Ibid.*, à la p. 135.

¹⁵⁸ Commentaire éditorial. *Ibid.*, à la p. 136.

¹⁵⁹ *Prisoners A to XX inclusive v. State of NSW* (Cour suprême de la N.-G.S., I e juge Dunford, le 5 octobre 1994); voir

R. Jürgens, «Australie: des prisonniers poursuivent pour avoir droit au condom», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1994, 1(1): 6; «Australie: suivi de l'affaire des condoms dans les prisons», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1995, 1(3): 3.

¹⁶⁰ Éditorial. «Prisoners Sue for the Right to Condoms», *HIV/AIDS Legal Link* [Australie], 1994, 5(1): 1.

¹⁶¹ M. Kennedy, «Prison Discrimination Case Continues», *HIV/AIDS Legal Link* [Australie], 1995, 6(2): 12; et correspondance personnelle de M. Kennedy en date du 26 octobre 1995 (en dossier).

¹⁶² Voir C. McLeod, «Droit au traitement d'entretien à la méthadone en milieu carcéral?», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1996, 2(4): 25-26.

¹⁶³ Lettre du Dr S. de Vlaming à Mr. Soper, non datée (l'auteur en détient copie).

¹⁶⁴ Voir *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1995, 1(3): 13.

¹⁶⁵ AIDS Advisory Committee, *The Review of HIV and AIDS in Prison*, Londres, HM Prison Service England and Wales, 1995.

¹⁶⁶ The AIDS Council of NSW et coll., *Prisons and Blood Borne Communicable Diseases: the Community Policy*, Darlinghurst, le Conseil, septembre 1995.

¹⁶⁷ G. Bloom, «The Community Policy: Prisons and Blood Borne Communicable Diseases», *HIV/AIDS Legal Link* [Australie], 1995, 6(2): 14-15.

¹⁶⁸ D. Shewan, M. Gemmel, J.B. Davies, *Drug Use and Scottish Prisons: Summary Report*, Scottish Prison Service Occasional Paper, no 5, 1994, à la p. 24.

¹⁶⁹ *Ibid.*, à la p.3.

¹⁷⁰ *Ibid.*

¹⁷¹ Conférence de presse, Office

d'information et de relations publiques du canton de Berne: «Projet-pilote de prévention du VIH dans les établissements pénitentiaires pour femmes de Hindelbank», 16 mai 1994». Rapporté dans *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1994, 1(1): 1-3.

¹⁷² Voir Rapport final du CESP, *supra*, note 15, p. 83-86.

¹⁷³ *Ibid.*, à la p. 92.

¹⁷⁴ *Ibid.*, à la page 93.

¹⁷⁵ U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, *HIV/AIDS Prevention Bulletin*, Atlanta, 19 avril 1993. [La mise en relief figure à l'original.]

¹⁷⁶ Voir Rapport final du CESP, *supra*, note 15, p. 94 (recommandation 6.3(6)).

¹⁷⁷ *Supra*, note 108.

¹⁷⁸ K. Dolan et coll., *Bleach Easier to Obtain But Inmates Still at Risk of Infection in New South Wales Prisons*, Technical Report, Sydney, National Drug and Alcohol Research Centre, 1996, p. 23.

¹⁷⁹ J. Nelles, A. Fuhrer, «Prévention du VIH et de la toxicomanie dans les Établissements de Hindelbank — Rapport succinct des résultats de l'évaluation, Berne (Suisse), Office fédéral de la Santé publique, 1995, p. 2.

¹⁸⁰ *Ibid.*, p. 3; voir aussi A. Baechtold, *Projet pilote de prévention du sida dans les établissements pénitentiaires de Hindelbank — Rapport final à l'intention de l'Office fédéral de la Santé publique*, Berne, septembre 1995.

¹⁸¹ *Ibid.*, p 10-11. Voir aussi le compte rendu du projet pilote: conférence de presse, 16 mai 1994, Information et relations publiques, Canton de Berne, rapporté dans R. Jürgens, «La prévention du VIH prise au sérieux: remise de seringues dans une prison suisse», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1994, 1(1): 1-3.

¹⁸² Cette donnée et celles qui suivent proviennent de Nelles et Fuhrer, *supra*, note 179, aux p. 6-16.

¹⁸³ *Ibid.*, p. 11.

¹⁸⁴ Baechtold, *supra*, note 180, à la p. 27.

185 *Ibid.*, p. 27.

186 *Ibid.*, p. 12.

187 Nelles et Fuhrer, *supra*, note 179, à la p. 18.

188 «Projet-pilote de prévention du VIH et d'aide à la survie en prison», *Spectra - prévention et promotion de la santé*, 1995, 1(1): 3.

189 J. Nelles, T. Harding, «Preventing HIV Transmission in Prison: A Tale of Medical Disobedience and Swiss Pragmatism», *The Lancet*, 1995, 346: 1507.

190 «Projet-pilote de prévention», *supra*, note 188.

191 Communication personnelle avec P. Fäh, le 1 mars 1996.

192 *Ibid.*

193 *Ibid.*

194 «Projet-pilote de prévention», *supra*, note 188.

195 *Spritzenabgabe im Oberschöngrün*, canton de Solothurn: Strafanstalt Solothurn, non daté.

196 Cité dans D. Burrows, «Needle and Syringe Exchange in Swiss Prisons», *National HIV/AIDS Legal Link* [Australie], 1995 6(1): 14. Voir aussi R. Jürgens, «La prévention prise au sérieux: remise de seringues dans une prison suisse», *supra*, note 181.

197 Office fédéral de la Justice, *Remise de seringues stériles et mise à disposition de matériel de désinfection: projet-pilote dans les établissements d'exécution de peines et de mesures; admissibilité juridique*, Berne, 9 juillet 1992. Toutes les citations proviennent de ce document.

198 Voir R. Meyenberg, H. Stöver, Presentation of a Scientific Evaluation of the Pilot-Project «Prevention of Infectious Diseases in the Penal Institutions of Lower-Saxony (Germany)». Compte rendu non publié du projet pilote, 1996 (l'auteur en détient copie). Le texte qui suit est une version légèrement modifiée de ce compte rendu. Voir aussi R. Jürgens, «Des prisons allemandes adoptent aussi l'échange d'aiguilles», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1996, 2(2): 20.

- 199 Mitglieder der Expertenkommission (éds), *AIDS und Hepatitisprävention im Strafvollzug Niedersachens. Empfehlungen der Expertenkommission*, Hanover, 19 mai 1995.
- 200 J. Voges, «Schuß Sauber im Knast», *die tageszeitung* [Berlin], 16 avril 1996.
- 201 A. Thiel, *Referent Strafvollzugsamt, Justizbehörde Hamburg, Strafvollzugsamt*, dans un groupe de discussion au symposium de Berne, le 29 février 1996.
- 202 Abschlußbericht, *supra*, note 70, à la p. 61.
- 203 *Ibid.*, p. 62-63.
- 204 *Ibid.*, p. 67.
- 205 S. Koch, «Politik der Nadelstiche», *die tageszeitung* [Berlin], 20 février 1996, à la p. 3.
- 206 S. Rutter et coll., *Is Syringe Exchange Feasible in a Prison Setting? An Exploration of the Issues*, Technical Report No 25, Sydney, National Drug and Alcohol Research Centre, 1995.
- 207 Adapté de D. Burrows, «Needle Exchange in Prison: the Next Step», *HIV/AIDS Legal Link* [Australie], 1996, 7(1), 14-15.
- 208 Voir article dans le *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1995, 2(1): 29.
- 209 Rapporté dans le *HIV/AIDS Legal Link* [Australie], 1996, 7(1): 7.
- 210 D. Riley, «La méthadone et le VIH/sida», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1995, 2(1): 1, 14-16. Voir aussi O. Blix, L. Grondbladh, «AIDS and the IV Heroin Addicts: The Preventive Effects of Methadone Maintenance in Sweden», *Drug and Alcohol Dependence*, 7: 249-256; D.M. Novick et coll., «Absence of Antibody to Human Immunodeficiency Virus in Long Term, Socially Rehabilitated Methadone Maintenance Patients», *Archives of Internal Medicine*, 1990: 150 (janvier).
- 211 K. Dolan, A. Wodak, «An International Review of Methadone Provision in Prisons», *Addiction Research*, 1996, 4(1): 85-97, à la p. 85, avec référence à J.R.M. Caplehorn, «Retention in Methadone Maintenance and Heroin Addicts' Risk of Death», *Addiction*, 1994, 89: 203-207.
- 212 *Ibid.*, avec référence à E. Gottheil et coll., «Diminished Illicit Drug Use as a Consequence of Long-Term Methadone Maintenance», *Journal of Addictive Diseases*, 1993, 12(4): 45.
- 213 *Ibid.*, avec référence à R.G. Newman et coll., «Arrest Histories before and after Admission to a Methadone Maintenance Program», *Contemporary Drug Problems*, 1973 (automne): 417-430.

- 214 *Ibid.*, avec référence à J. Ward et coll., *Key Issues in Methadone Maintenance Treatment*, Sydney, University of New South Wales Press, 1992.
- 215 Rapport final du CESP, *supra*, note 15, à la p. 88, avec référence. Voir aussi D. Shewan et coll., *Evaluation of the Saughton Drug Reduction Programme: Main Report*, Édimbourg, Central Research Unit, 1994.
- 216 Voir J. Anderson, «Sida et morts par surdose en Colombie-Britannique», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1996, 2(3): 1, 28-29; D. Riley, «La réduction des méfaits à travers le monde», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1996, 2(4): 17-20, à la p. 19.
- 217 Voir par exemple les Lignes directrices de l'OMS, *supra*, note 13; Advisory Committee on the Misuse of Drugs, *AIDS and Drug Misuse Update*, Londres, HMSO, 1993; Scottish Affairs Committee, *supra*, note 130.
- 218 F. McLeod, Methadone, Prisons and AIDS, dans J. Norberry et coll. (éds), *HIV/AIDS and Prisons*, Canberra, Australian Institute of Criminology, 1991, aux p. 245, 248.
- 219 H. Heilpern, S. Egger, *AIDS in Australian Prisons — Issues and Policy Options*, Canberra, Department of Community Services and Health, 1989, à la p. 94.
- 220 Rapport final du CESP, *supra*, note 15, à la p. 94.
- 221 Réponse du SCC au Rapport final du CESP, *supra*, note 21.
- 222 Voir K. Dolan et coll., «Methadone Maintenance Reduces Injecting in Prison», *British Medical Journal*, 1996, 312: 1162.
- 223 La majeure partie du texte qui suit provient du texte de Dolan et Wodak, *supra*, note 211.
- 224 *Ibid.*, à la p. 89, avec référence à W. Hall et coll., «Methadone Maintenance Treatment in Prisons: The New South Wales Experience», *Drug and Alcohol Review*, 1993, 12: 193-203; S. Magura et coll., «The Effectiveness of In-Jail Methadone Maintenance», *Journal of Drug Issues*, 1993, 23(1): 75-99; R. Jeanmonod et coll., «Treatment of Opiate Withdrawal on Entry to Prison», *British Journal of Addiction*, 1991, 86(4): 457-463; V.P. Dole, «Methadone Treatment of Randomly Selected Criminal Addicts», *The New England Journal of Medicine*, 1969, 280(25): 1372-1375.
- 225 Methadone Maintenance Treatment in Prisons, note 224, à la p. 197.
- 226 New South Wales Department of Corrective Services Prison AIDS Project, *HIV/AIDS Policies, Procedures and Management Guidelines*, Sydney, le ministère, 1994.
- 227 Dolan et Wodak, *supra*, note 211, aux p. 89-90, avec référence à Ministerio de Justicia e Interior,

Memoria, Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre Drogas, Madrid, le ministère, 1993.

²²⁸ Commission fédérale des stupéfiants — Groupe de travail Méthadone de la sous-commission «Drogue», *Rapport sur la méthadone: Utilisation d'un succédané opiacé dans le traitement des héroïnomanes en Suisse*, 3e édition, Berne, Office fédéral de la Santé publique, 1995.

²²⁹ *Ibid.*, aux p. 64-68.

²³⁰ Réponse de D. Zeegers Paget au *Document de travail* en date du 24 janvier 1996.

²³¹ Abschlußbericht, *supra*, note 70, à la p. 72.

²³² *Ibid.*, à la p. 75.

²³³ Réponse de A. Reventlow au *Document de travail* en date du 7 mars 1996.

²³⁴ Voir C. McLeod, *supra*, note 162. Le texte qui suit est une version légèrement modifiée de son article.

^{234a} R. v M. Povilaitis, jugement non publié du 27 juin 1996 (Cour supérieure, section criminelle, province de Québec, no 450-01-004040-965, juge G. Desmarais).

²³⁵ Dolan et Wodak, *supra*, note 211, à la p. 86.

²³⁶ Réponse de S. Gore au *Document de travail* en date d'avril 1996.

²³⁷ Dolan et Wodak, *supra*, note 211, aux p. 88-89.

²³⁸ *Ibid.*

²³⁹ Methadone Maintenance Treatment, *supra*, note 224, à la p. 197.

²⁴⁰ *Ibid.*

²⁴¹ Dolan et Wodak, *supra*, note 211, à la p. 93.

²⁴² Methadone Maintenance Reduces Injecting, *supra*, note 222.

²⁴³ Dolan et Wodak, *supra*, note 211,

à la p. 91, avec références.

²⁴⁴ *Ibid.*, avec référence à S. Bertram, A. Gorta, Inmates' Perceptions of the Role of the NSW Prison Methadone Program in Preventing the Spread of Human Immunodeficiency Virus, Sydney Evaluation of the NSW Department of Corrective Services Prison Methadone Program, Study no 7, Research and Statistics Division, 1990.

²⁴⁵ *Ibid.*, avec référence à Magura et coll., *supra*, note 224; A. Gorta, Monitoring the NSW Prison Methadone Program, A Review of the Research 1986-1991, Sydney, Research Publication Department of Corrective Services Publication no 25, 1992; C. Herzog et coll., Methadone Substitution as an AIDS-Preventive Measure in Prison Environment, texte présenté au Symposium européen sur la toxicomanie et le sida, Siena, Italie, 4-6 octobre 1993.

²⁴⁶ *Ibid.*, avec référence à Shewan et coll., *supra*, note 215, et à Herzog, *supra* note 245.

²⁴⁷ *Ibid.*, à la p. 93.

²⁴⁸ *Ibid.*, à la p. 91, avec référence à S. Wale, A. Gorta, Views of Inmates Participating in the Pilot Pre-Release Methadone Program, Sydney, Process Evaluation of NSW Department of Corrective Services Pre-Release Methadone Program, Study no 2, Research and Statistics Division, 1987; S. Bertram, Results of Gaol Urinalyses Update - July-December 1989, Sydney, Process Evaluation of NSW Department of Corrective Services Pre-Release Methadone Program, Study no 10, Research and Statistics Division, 1991.

²⁴⁹ *Ibid.*, avec d'autres références.

²⁵⁰ D. Riley, «La réduction des méfaits à travers le monde», *supra*, note 216. Le texte qui suit provient de cet article.

²⁵¹ Projet pilote de prévention, *supra*, note 188.

²⁵² Le texte qui suit est tiré de D. Riley, «La réduction des méfaits à travers le monde», *supra*, note 216.

²⁵³ Voir J. Anderson, «Sida et morts par surdose en Colombie-Britannique», *supra*, note 216.

²⁵⁴ K. Makin, «Prisons Haunted by Fear of Violence», *The Globe and Mail*, 7 juin 1996, à la p. A-6.

²⁵⁵ Sondage national auprès des détenus, SCC, *supra*, note 117, à la p. 1.

²⁵⁶ *Ibid.*, à la p. 2.

257 Rapport sommaire du CESP, *supra*, note 15, à la p. 94.

258 L'honorable Louise Arbour, Commissaire, *Commission d'enquête sur certains événements survenus à la Prison des femmes de Kingston*, Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1995, à la p. xi-xii

258a *Ibid.*, à la p. 214.

259 H. Hess, «Reforms to Prison System Announced», *The Globe and Mail*, 5 juin 1996, à la p. A-8.

260 *Ibid.*

261 Commission d'enquête, *supra*, note 259, à la p. xii.

262 *Ibid.*, à la p. 101.

263 *Ibid.*, à la p. 186.

264 Voir *supra*, p. 15-16.

265 Commission d'enquête, *supra*, note 259, à la p. 196.

VIH/sida et prisons: rapport final

Préparé par Ralf Jürgens

© Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, Montréal, 1996

ISBN 1-896735-05-3

Responsabilité des systèmes correctionnels

[Revue de la littérature](#)

[Droit international](#)

[Droit canadien](#)

Les tribunaux, par un examen critique et approfondi de l'action des autorités carcérales, notamment par la voie d'enquête, peuvent faire en sorte que les droits individuels ne deviennent pas tributaires de la peur et de l'ignorance du public.²⁶⁶

De récents développements montrent à quel point il est important, sur le plan juridique et politique, de chercher à obtenir un redressement juridique face à ce problème. Voilà une stratégie qui peut être employée pour amener des changements dans le comportement des gouvernements et des autorités carcérales: on peut soutenir que leur refus de prendre toutes les mesures raisonnables et nécessaires pour réduire la possibilité de transmission du VIH dans les prisons équivaut à une conduite insouciance, et qu'ils doivent être tenus responsables pour cette conduite, par le biais...d'une action en justice...²⁶⁷

À la lumière des nouveaux développements décrits à la section précédente et face au manque d'action solide de la part des systèmes correctionnels et des gouvernements pour réduire le risque de propagation du VIH, de l'hépatite C et d'autres agents infectieux entre les détenus, au personnel et à la population en général, des individus et des organisations du Canada ont commencé à soulever la question de la responsabilité légale des systèmes correctionnels pour la transmission du VIH dans les prisons: les gouvernements et les systèmes correctionnels ont-

ils l'obligation de fournir aux prisonniers les moyens qui leur permettraient de se protéger contre la transmission du VIH, même si ces derniers s'engagent «volontairement» dans des comportements illégaux (consommation de drogue) ou prohibés en prison (relations sexuelles)? Les autorités peuvent-elles être tenues responsables de ne pas avoir fourni des condoms, de l'eau de Javel et des aiguilles stériles, et de la transmission du VIH qui en résulte dans les prisons?

Afin de stimuler une discussion sur ces questions, le Projet a organisé une plénière et un atelier sur les questions d'ordre juridique et éthique soulevées par le VIH/sida dans les prisons, dans le cadre du Premier atelier national VIH et prisons. Par ailleurs, les activités suivantes ont été menées ou entreprises:

- une revue de la littérature;
- une analyse du droit international;
- une analyse du droit canadien.

Revue de la littérature

Alors que les auteurs de la plupart des articles et des rapports recommandent que les systèmes carcéraux rendent les condoms, l'eau de Javel et les aiguilles stériles accessibles aux détenus, peu avait été écrit, jusqu'à récemment, sur la responsabilité juridique des gouvernements et des systèmes carcéraux de fournir aux détenus les moyens qui leur permettraient de se protéger contre l'infection à VIH. Les premiers articles abordant cette question dans le contexte du droit canadien étaient présentés en annexe au *Document de travail*; ils ont été légèrement modifiés dans leurs présentes versions (voir I. Malkin et R. Elliott, *infra*, Annexes 1 et 2).

Prévention égale coercition?

Dans deux des premiers articles américains sur le sujet, les auteurs affirment qu'il y a une obligation constitutionnelle de fournir des programmes de prévention du VIH, dans le système carcéral américain, fondée sur le droit des détenus à la sécurité personnelle. D'après l'auteur du premier article,²⁶⁸ les autorités carcérales qui ne tiennent pas compte du risque et n'y réagissent pas en établissant des politiques de protection appropriées violent l'interdiction constitutionnelle contre les peines cruelles et inusitées. L'auteur du deuxième article aborde lui aussi la question de la responsabilité des autorités carcérales pour la transmission du VIH en prison.²⁶⁹ Cependant, les deux auteurs²⁶⁹ suggèrent l'application de mesures coercitives pour empêcher la propagation du VIH, et ils ne mentionnent pas la possibilité de mettre des

condoms, de l'eau de Javel et des aiguilles stériles à la disposition des détenus: le deuxième auteur affirme que «la ségrégation des détenus ayant le sida dans les infirmeries et la détention commune de détenus séropositifs et ayant le para-sida protègent tous les détenus»; le premier auteur recommande que les autorités carcérales «prennent des mesures positives comme le dépistage en masse, la ségrégation des détenus et la sensibilisation».

Droit à des mesures préventives

Commentaires de chercheurs universitaires

De telles mesures coercitives sont toutefois rejetées par la grande majorité des autres auteurs et rapports, qui soutiennent que, en plus de porter exagérément atteinte aux droits des détenus, elles seraient coûteuses et inefficaces pour endiguer la propagation du VIH. Par exemple, Parts rejette le dépistage et la ségrégation, et soutient que le Huitième amendement à la constitution des États-Unis

requiert que les autorités correctionnelles prennent des mesures affirmatives pour prévenir la transmission du VIH/sida, incluant l'établissement de programmes de prévention du sida qui incluent la provision de condoms aux détenus actifs sexuellement, et d'aiguilles stériles ou d'eau de Javel aux détenus qui utilisent des drogues injectables.²⁷⁰

Selon Parts, «à la lumière de la menace que représente le sida, des mesures efficaces de prévention en santé sont bien plus qu'une simple bonne idée: elles sont requises par la constitution.» Il ajoute que:

La Cour suprême a interprété l'interdiction dans le Huitième amendement d'infliger des «peines cruelles et inusitées» comme interdisant aussi «une indifférence délibérée face aux besoins médicaux sérieux des détenus». D'autres tribunaux, dans leur application, ont considéré que de manière importante cette interdiction garantit un niveau de base dans les soins médicaux réels, qui écarte le refus de mesures préventives autant que curatives, et le refus de traitement face à des risque volontaires ou involontaires pour la santé.

Puisque la prévention est le seul moyen efficace de combattre le VIH/sida, des mesures préventives sont incluses dans les soins médicaux nécessaires, et requises par le Huitième amendement. Certaines méthodes visant à limiter la propagation du VIH en prison ont échoué; d'autres sont vouées à n'être que des solutions incomplètes. Un programme de prévention du VIH/sida qui prévoit la distribution de matériel prophylactique offre la protection requise par la constitution pour protéger les détenus face au risque de contracter le VIH/sida. [références omises].²⁷¹

Partis rejette les trois objections principales qui peuvent être soulevées contre l'argument que le Huitième amendement requiert des mesures préventives pour endiguer l'infection à VIH en prison.

En premier lieu, il rejette l'objection à l'effet que les garanties constitutionnelles ne s'appliquent pas aux soins médicaux préventifs, en disant que si les méfaits d'une maladie ne peuvent être évités que par la prévention de la maladie elle-même, une obligation affirmative de protéger la santé des détenus doit comprendre les soins préventifs.²⁷²

Deuxièmement, il rejette l'objection à l'effet que les garanties constitutionnelles ne s'appliquent pas dans le cas de risques de maladie qui sont assumés volontairement, pour deux raisons:

- le Huitième amendement garantit que les soins médicaux ne nécessitent pas que le risque pour la santé du détenu soit involontaire: «L'État peut punir les gens pour un acte qui crée un besoin de soins médicaux, mais ne peut pas les punir... par un refus d'offrir ces soins»;²⁷³
- les activités à risque élevé qui sont concernées par la propagation du VIH/sida ne sont pas strictement volontaires.

Troisièmement, il rejette l'objection selon laquelle les garanties constitutionnelles sont outrepassées par l'intérêt de l'État de contrôler les activités à risque élevé, telles que les comportements sexuels et l'usage de drogue par injection en prison:

Si l'on veut considérer en soi l'intérêt de l'État, il faut considérer qu'un certain nombre de facteurs saillants diminuent son importance dans la présente situation. D'abord, le fait de satisfaire à l'obligation de soins médicaux préventifs n'empêcherait pas les autorités correctionnelles d'appliquer leurs règles concernant l'activité homosexuelle et l'usage de drogue. De plus, les mesures préventives qui sont abordées ici [accès des détenus à des condoms et à de l'eau de Javel ou à des aiguilles stériles] ne facilitent pas des infractions qui n'auraient pas été autrement possibles. En outre, si la raison du besoin de mesures préventives réside dans le fait que les programmes établis par les prisons pour enrayer ces activités sont un échec, il semble très ténu de vouloir faire reposer l'intérêt de l'État sur la continuation d'une politique qui échoue.²⁷⁴

Organisation mondiale de la santé (OMS)

L'OMS affirme aussi que tous les détenus ont le droit de recevoir des soins de santé, y compris des mesures préventives, équivalents à ceux qui sont offerts à la collectivité, sans discrimination, et que les principes généraux adoptés par les programmes nationaux sur le

sida devraient s'appliquer aux prisons autant qu'à la collectivité en général.²⁷⁵

Positions à l'échelle internationale

Reconnaissant ce soi-disant principe d'équivalence, le ministère fédéral de la Justice de la Suisse a conclu que la mise à disposition de seringues stériles dans les prisons est juridiquement admissible et compatible avec une politique responsable de santé: «Si les établissements pénitentiaires veulent pouvoir remplir leur devoir d'assistance médicale, la remise de seringues et la mise à disposition de matériel de désinfection sont des mesures indiquées.»²⁷⁶ Un avis juridique préparé en 1994 par un avocat de Berne (Suisse) est en accord avec cette position et suggère que, se fondant sur le droit suisse, l'État a «une responsabilité de s'assurer que les personnes qui sont dépendantes de drogues reçoivent du matériel d'injection stérile pendant leur détention.»²⁷⁷ De la même manière, la commission mandatée par le Sénateur à la Justice de Hambourg (Allemagne) de développer une politique carcérale en matière de drogue a conclu que «l'État a une obligation légale de prendre soin des détenus qui sont sous sa garde» et que ceci inclut non seulement «des activités visant à prendre soin des malades, mais aussi des mesures visant à prévenir les menaces à la santé et au bien-être des détenus.»²⁷⁸

Par contraste, en Nouvelle-Galles du Sud (Australie) cinquante-deux détenus ont dû poursuivre le gouvernement en justice parce qu'ils ne pouvaient avoir accès à des condoms en prison.²⁷⁹ Dans un commentaire sur cette affaire, un auteur a affirmé que la question de fournir des moyens de protection aux détenus se prêterait mieux à une mesure législative rapide qu'à une mesure judiciaire:²⁸⁰

Il n'est nullement question d'équilibre en ce qui touche la distribution de condoms dans les prisons: les arguments en faveur de leur distribution sont écrasants et le défaut de les offrir est en contradiction absolue avec une politique publique décente.²⁸¹

Tel que mentionné ci-haut, trois prisons de la Nouvelle-Galles du Sud ont maintenant mis à l'essai la distribution de condoms — au moins en partie à cause de l'action en justice des détenus — et l'on s'attend à ce que ceci entraîne la disponibilité de condoms dans toutes les prisons de cet État australien.

Droit international

Les droits des détenus en tant que personnes²⁸²

La communauté internationale accepte en général que des règles minima doivent s'appliquer à la détention. Ces normes visent à assurer que les détenus sont traités humainement, que l'on préserve leur dignité et leur responsabilité, et que, dans la mesure du possible on les prépare à réintégrer la collectivité au terme de leur incarcération. Les normes acceptées en général par la communauté internationale sont énoncées dans l'*Ensemble des règles minima pour le traitement des détenus des Nations Unies*, adopté pour la première fois en 1955. Bien que le Canada, et le Service correctionnel en particulier, ne soient pas tenus de se conformer aux termes exprès des règles des Nations Unies dans la gestion des prisons, il est reconnu que ces normes constituent des normes minima internationales, et qu'on ne doit y déroger que si cela est justifié.²⁸³

Par sa nature même, l'incarcération implique la perte du droit à la liberté. Toutefois, un détenu « conserve tous les droits civils qui ne lui ont pas été retirés expressément ou par implication nécessaire ».²⁸⁴ Comme l'a fait remarquer JUSTICE, la section britannique de la Commission internationale des juristes, un détenu « perd son droit à la liberté et ses droits sont diminués dans la mesure où ils ne sont pas compatibles avec cette perte et son obligation de vivre en prison avec la discipline que cela comporte. C'est l'évidence même. Il est également évident qu'il conserve d'autres droits, sous réserve seulement de cette diminution nécessaire ».²⁸⁵ Ceci a été réaffirmé dans les Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus (1990),²⁸⁶ où il est déclaré que « sauf pour ce qui est des limitations qui sont évidemment requises par leur incarcération, tous les détenus doivent continuer à jouir des droits de l'Homme ». En outre, on a soutenu que l'état de dépendance dans lesquels ils se trouvent nous oblige à reconnaître des droits particuliers aux détenus.²⁸⁷ Puisque les droits des détenus en tant qu'être humains sont nécessairement réduits dans une certaine mesure, ceux-ci ont également le droit à davantage de protection.²⁸⁸ Cependant, tous ne partagent pas ce point de vue. Certains estiment que les détenus, du fait qu'ils ont commis une infraction, ont renoncé au droit au respect de leurs droits de la personne.²⁸⁹ Dans bien des cas, cela correspond à la réalité de la vie en milieu carcéral, où « presque tous les aspects de la vie quotidienne du détenu consistent en des "privilèges" dont il peut facilement être privé pour des motifs d'ordre administratif ou disciplinaire. »²⁹⁰ Il devient nécessaire de délimiter les droits conservés, la mesure dans laquelle ils sont « nécessairement diminués » et la nature des nouveaux droits particuliers qui peuvent être acquis.²⁹¹

Outre l'interdiction de « peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants », ni la Déclaration universelle des droits de l'homme, ni la Convention européenne des droits de l'homme ne comprennent de dispositions régissant expressément les conditions de détention. Toutefois, le paragraphe 10 (1) du Pacte international relatif aux droits civils et politiques énonce le droit de « toute personne privée de sa liberté » d'être traitée avec « humanité » et « avec le respect de la dignité inhérente à la personne humaine. » Le Pacte a été adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies en 1966 et est entré en vigueur en 1976. Il prévoit que les droits et libertés qui y sont définis doivent être respectés pour tous, y compris ceux qui

sont privés de leur liberté en vertu de la loi. Le Comité des droits de l'Homme a affirmé que le traitement humanitaire et le respect de la dignité de toutes les personnes privées de leur liberté est une norme fondamentale d'application universelle qui ne peut dépendre entièrement des ressources matérielles, et que la responsabilité ultime de l'observation de ce principe incombe à l'État pour ce qui est de tous les établissements où des personnes sont légalement détenues contre leur gré (prisons, hôpitaux, camps de détention, établissements correctionnels).²⁹² Toutefois, le Pacte n'énonce pas en détail les droits des détenus et les normes selon lesquelles les prisons devraient être administrées. Pour les connaître, il faut consulter l'*Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus*, de 1955. Il s'agit d'un ensemble de règles particulières sur le traitement des détenus, généralement reconnues comme étant les bons principes et pratiques dans le traitement des détenus et la gestion des établissements. Ces règles portent sur divers sujets particuliers y compris le logement, l'hygiène personnelle, les vêtements et la literie, la nourriture, les services de santé, la discipline et les peines, les dispositifs de contrainte, les procédures en cas de plainte, les rapports avec le monde extérieur, la religion, etc. Ces règles sont précieuses en ce sens qu'elles prévoient très précisément les exigences qui visent à faire en sorte que les détenus soient traités de façon humanitaire et dans le respect de leur dignité humaine. En 1987, le Conseil de l'Europe a adopté des Règles pénitentiaires européennes. À l'instar des règles des Nations Unies, elles n'ont aucun caractère obligatoire, sur le plan juridique. Elles sont censées servir de lignes directrices pour les administrateurs nationaux et les tribunaux; on a dit qu'elles «témoignent des normes morales et philosophiques.»²⁹³

Droit des détenus à la meilleure norme possible de santé²⁹⁴

Le devoir de l'État à l'égard des soins de santé ne s'arrête pas devant la porte des prisons. Les détenus ont un droit aux soins de santé.²⁹⁵

Étant donné que les détenus ont moins de possibilités de protéger leur santé, d'avoir recours à des conseils médicaux ou de choisir une diète appropriée, la responsabilité de l'État à l'égard de leur santé prend une dimension supplémentaire et les détenus ont droit à une protection accrue.²⁹⁶

Comme l'ont affirmé plusieurs déclarations et pactes,²⁹⁷ ainsi que la constitution de l'OMS, «chacun a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'il soit possible d'atteindre pour lui permettre de mener une vie productive, sans distinction».²⁹⁸ En 1981, l'Assemblée générale des Nations Unies a entériné la «Stratégie mondiale pour la santé pour tous d'ici à l'an 2000» qui avait été adoptée plus tôt par l'Assemblée mondiale de la santé. En souscrivant à la Stratégie mondiale, les gouvernements des États membres de l'OMS s'engageaient à tenter d'améliorer l'état général de santé d'ici à l'an 2000 et de réduire les inégalités dans la provision des soins de santé.

En droit international, le droit à la santé devrait être compris dans le contexte du concept large

de santé mis de l'avant par la constitution de l'OMS, qui définit la santé comme «un état complet de bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladies ou d'infirmités.»²⁹⁹ Les implications conceptuelles et pratiques de cette définition sur les obligations des États en matière de droit à la santé sont importantes: le droit à la santé est inextricablement lié à la jouissance et à l'exercice des autres droits de la personne. Le niveau de santé des personnes et groupes est rehaussé par la promotion et la protection de tous les droits de la personne; des mesures visant à promouvoir la santé et à prévenir la maladie permettent aux personnes de mieux jouir de l'exercice d'autres droits de la personne. Inversement, la jouissance et l'exercice d'autres droits de la personne sont compromis lorsque le droit à la santé ne constitue pas une priorité d'État.³⁰⁰

Les soins médicaux ne constituent qu'un des aspects du concept large de santé et sont certes un moyen nécessaire, mais insuffisant, d'atteindre les objectifs du droit à la santé. Les personnes ont droit à des services et traitements médicaux, mais des politiques de santé qui se concentreraient exclusivement sur les services et traitements n'auraient qu'un effet restreint: elles ne répondraient qu'aux manifestations d'une santé déficiente au niveau individuel. L'approche contemporaine de santé publique met l'accent sur des soins de santé de premier recours qui comprennent donc des mesures de promotion, de prévention, de cure et de réhabilitation. Les soins de santé de premier recours englobent ainsi des actions visant à créer et à soutenir les pré-conditions sous-jacentes à la santé. Des soins de santé essentiels ou minimaux incluent, entre autres choses, de l'information sur les principaux problèmes de santé et sur les manières de les prévenir et de les contrôler. De fait, les efforts de prévention sont cruciaux pour atteindre un objectif de créer les pré-conditions sous-jacentes à la santé et, par conséquent, constituent des devoirs fondamentaux en droit international. Les États doivent donc s'assurer, au meilleur degré possible, que tout le monde dispose des moyens de protéger et de préserver sa santé.³⁰¹

La responsabilité des États à l'égard de la santé ne s'arrête pas devant la porte des prisons.³⁰² Dans l'Ensemble des règles minima de 1955, les articles 22 à 26 sont consacrés aux services médicaux. Les articles 22 (1), 24 et 25 (1) obligent les prisons à fournir aux détenus tous les soins de santé nécessaires. En vertu de l'article 22 (1), les détenus malades qui ont besoin de traitements de spécialiste doivent être transférés à des établissements spécialisés ou à des hôpitaux civils. En outre, parce que les détenus sont moins aptes à protéger leur santé, à consulter un médecin ou à choisir un régime alimentaire adéquat, la responsabilité de l'État à l'égard de leur santé acquiert une dimension supplémentaire et les détenus ont droit à une protection accrue. Cette responsabilité est renforcée par les principes fondamentaux de la protection des droits de la personne de ceux dont l'État a la garde.³⁰³

Comme il est affirmé dans l'*Ensemble de principes pour la protection de toutes les personnes soumises à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement*, le préjudice subi en raison d'actions ou d'omissions d'une autorité publique contrairement aux droits [des détenus] doit être indemnisé selon les règles applicables relatives à la responsabilité prévues dans le

droit national.³⁰⁴ Toutefois, cette responsabilité est rarement reconnue — et sanctionnée encore moins. Les premières tentatives de détenus aux États-Unis d'imputer aux autorités carcérales la responsabilité pour l'infection à VIH qu'ils avaient contractée en prison et qui, alléguaient-ils, avait été causée par le défaut des autorités carcérales d'avoir tenté de prévenir la transmission du VIH en milieu carcéral, n'ont pas permis d'articuler les obligations des autorités carcérales: on a jugé que ces dernières avaient discrétion en ce qui a trait aux décisions susceptibles d'avoir des effets néfastes sur la santé des détenus et que les autorités carcérales n'engageraient leur responsabilité que si l'on pouvait prouver qu'elles avaient été coupables de négligence grave ou d'indifférence délibérée causant un préjudice à la santé.³⁰⁵

Un consensus existe, selon lequel les mêmes normes de soins de santé et de protection de la santé qui s'appliquent à l'extérieur du milieu carcéral devraient également s'appliquer aux détenus et l'on a affirmé que les détenus devraient avoir accès aux services de santé disponibles dans le pays, sans discrimination fondée sur leur situation juridique.³⁰⁶

Réagir au VIH/sida

Les principes généraux sur lesquels se fondent les programmes nationaux de lutte contre le sida doivent s'appliquer tout autant aux prisonniers qu'à l'ensemble de la société.³⁰⁷

Tous les détenus ont le droit de recevoir, y compris à titre préventif, des soins équivalant à ceux qui sont mis à la disposition de la communauté.³⁰⁸

La communauté internationale a élaboré un certain nombre de recommandations relatives au VIH/sida en milieu carcéral, qui font ressortir l'importance de prévenir la propagation de l'infection à VIH.³⁰⁹

Huitième Congrès des Nations Unies

Le Huitième Congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants, tenu en 1990, a adopté une résolution sur le VIH/sida en milieu carcéral où est soulignée la nécessité de se pencher sur les problèmes liés au VIH/sida dans les prisons. Il y est recommandé que les états membres prennent les mesures nécessaires pour élaborer une politique en matière de prévention et de contrôle du VIH/sida dans les prisons, en fondant leurs stratégies nationales respectives sur la Stratégie globale de l'OMS sur le sida.

Déclaration de l'OMS de 1987

Dans sa Déclaration de la consultation sur la lutte contre le sida dans les prisons,³¹⁰ l'OMS a insisté sur le fait que les efforts de prévention et la lutte contre l'infection à VIH doivent tenir

compte de la nécessité d'améliorer considérablement les soins d'hygiène et de santé dans les prisons. Elle a reconnu que, dans de nombreux pays, beaucoup de détenus sont susceptibles d'avoir des antécédents de comportements à risque élevé, tels la consommation de drogue injectable et la prostitution, et que des activités homosexuelles situationnelles peuvent aussi avoir lieu. L'OMS considère que les autorités carcérales doivent s'acquitter d'une «responsabilité spéciale» qui consiste à informer tous les prisonniers du risque de transmission du VIH que posent ces comportements. Fait plus important encore, l'OMS souligne que les principes généraux des programmes nationaux de lutte contre le sida doivent s'appliquer tout autant aux prisons qu'à l'ensemble de la société.

Directives de l'OMS de 1993

Des directives révisées ont été publiées en 1993, selon lesquelles:

- tous les détenus ont le droit de recevoir, y compris à titre préventif, des soins équivalant à ceux qui sont à la disposition de la communauté sans discrimination aucune, notamment en ce qui concerne leur statut juridique ou leur nationalité;
- les mesures de prévention du VIH/sida en prison devraient compléter celles adoptées dans la communauté et être compatibles avec elles. Ces mesures devraient également tenir compte des comportements à risque que l'on rencontre effectivement chez les détenus, notamment le partage de seringues chez les UDI et les rapports sexuels non protégés. L'information et l'éducation prodiguées aux détenus devraient viser à engendrer une évolution réaliste dans les attitudes et les comportements à risque, pendant et après la détention;
- les administrations pénitentiaires ont la responsabilité de définir et de mettre en place des politiques et des pratiques qui soient de nature à créer un environnement plus sain et à diminuer le risque de transmission du VIH aux détenus comme au personnel pénitentiaire.³¹¹

Comme l'a souligné le Dr Michael Merson, alors directeur du Programme global sur le sida de l'OMS, les nouvelles directives mettent en relief le lien entre les prisons et le monde extérieur. Il fait remarquer que «tout être humain a le droit de bénéficier de soins de santé, y compris des soins de prévention, qu'il soit incarcéré ou non», et que «l'accès des détenus aux mêmes méthodes de prévention que celles qui sont utilisées avec succès à l'extérieur des prisons profitera à tous».³¹²

Comité européen pour la prévention de la torture

En 1993, le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) a consacré un chapitre de son troisième rapport à la définition

«des questions majeures qui relèvent de l'attention des délégations du CPT lors de leurs visites dans les services de santé des prisons.»³¹³ Comme l'ont signalé Bertrand et Harding,³¹⁴ le Comité a ainsi de fait dressé à l'intention des services de santé de prisons une série de lignes directrices dont les points essentiels sont les suivants: accès à un médecin bénéficiant du soutien direct d'un service hospitalier bien outillé, prestation des soins comparables à ceux offerts à la population en milieu libre, respect des principes de la confidentialité et consentement du patient au traitement, et soins de santé préventifs adéquats.

Conclusion

Un nombre considérable d'instruments internationaux abordent les questions relatives aux droits des détenus, aux services de santé des prisons et au VIH/sida en milieu carcéral. De manière générale, les détenus conservent tous les droits civils qui ne sont pas retirés expressément par l'incarcération ou les implications nécessaires de la perte de liberté. En particulier, on peut soutenir que les détenus ont un droit à la santé et que, dans le contexte du VIH/sida, ce droit implique que soient procurés aux détenus les moyens de se protéger contre l'exposition au VIH. Vu les possibilités réduites pour les détenus de protéger eux-mêmes leur santé, et puisque ceci est une conséquence d'une action de l'État, il incombe à l'État une responsabilité spéciale à l'égard de la santé des détenus. Cette responsabilité est renforcée par les principes fondamentaux de la protection des droits de la personne dont jouissent aussi les personnes qui sont sous la garde de l'État. Les recommandations de la communauté internationale quant au VIH/sida dans les prisons sont unanimes dans l'appui à «l'équivalence du traitement fait aux détenus», soulignant l'importance de prévenir la transmission du VIH en prison et suggérant que les détenus aient accès à des condoms, à des aiguilles stériles et à de l'eau de Javel.

Droit canadien

Vu les dangers croissants que posent le VIH et l'hépatite en milieu carcéral, mis en évidence par les cas de séroconversion pendant la détention, il y a plus de raisons que jamais d'intenter un recours judiciaire...pour tenter d'amener des changements de fond à la politique correctionnelle: par une action en négligence, des détenus pourraient parvenir à démontrer que les autorités carcérales et les gouvernements doivent changer leur façon d'agir. Les détenus pourraient également soulever d'importants arguments de droit constitutionnel fondés sur des violations de la *Charte des droits et libertés*.³¹⁵

Je suis troublé par le fait que le gouvernement du Canada ne soit pas capable de voir les ressemblances entre les erreurs faites en ce qui concerne la réaction de la Croix-Rouge au sang contaminé et la manière dont elles se répètent ici.

L'attitude du gouvernement — attendre «pour voir» et/ou sous-estimer délibérément la gravité du problème — ne peut que contribuer à faire monter en flèche les taux de séroprévalence dans nos prisons, qui ont déjà les «proportions d'une épidémie». Le fait qu'ils [les gouvernements] aient déjà été prévenus de la nature sérieuse du problème, et des **meilleures façons** [emphase dans l'original] d'y remédier, mais continuent quand même à refuser ou à retarder l'application des mesures adéquates, clairement...est un acte de négligence pure. Si le gouvernement est incapable de saisir cette idée, peut-être que le seul recours disponible réside dans des poursuites judiciaires.³¹⁶

Jurisprudence

Au Canada, à l'heure actuelle aucun détenu n'a encore initié d'action légale pour obliger les autorités carcérales à fournir les moyens préventifs, ni intenté une action en dommages pour avoir contracté le VIH. Toutefois, tel que mentionné ci-dessus, une détenue de la Colombie-Britannique a récemment eu recours à l'action en justice contre le système correctionnel de cette province, pour défaut de lui fournir de la méthadone.³¹⁷ En outre, quelques tribunaux des droits de la personne et quelques cours ont rendu des jugements dans des affaires relatives à la violation de chartes provinciales des droits de la personne ou de la *Charte canadienne des droits et libertés* (la Charte) en rapport avec le traitement inadéquat de détenus séropositifs.³¹⁸ En l'occurrence, dans l'affaire *R v Downey*,³¹⁹ la Cour de district de l'Ontario a statué en 1989 que les centres de détention de Toronto échouaient dans la détention des personnes vivant avec le VIH/sida, en ne leur offrant pas des soins appropriés et en manquant d'informer les membres du personnel sur le VIH/sida. La Cour a jugé que le détenu ne recevait pas les soins que sa maladie requérait, qu'il avait subi un traitement cruel et inusité, en violation de l'article 12 de la Charte, et elle a accordé au requérant la mise en liberté sous engagement. Quoique la qualité des soins et traitements de détenus vivant avec le VIH/sida ait été nettement améliorée depuis ce temps, dans un jugement rendu le 16 mai 1996, un juge de l'Ontario s'est refusé à imposer une peine d'emprisonnement dans une prison fédérale à une femme vivant avec le sida «à cause du manque de moyens, dans les établissements fédéraux de cette province, pour la détention et les soins des détenus vivant avec le VIH/sida.»³²⁰ Selon le juge, «[s]i la peine minimale dans cette affaire était une sentence d'emprisonnement de deux ans ou plus [ce qui vaut d'être incarcéré dans un établissement de juridiction fédérale], la cour devrait imposer une sentence qui pourrait donner lieu à une violation de l'article 12 de la Charte». Il ajoutait que:

L'incidence du VIH/sida est si grande qu'elle constitue une menace mondiale. Un nombre important de personnes purgeant des peines fédérales peuvent en être infectées. Les détenus sains devraient être protégés contre l'infection.

Une personne comme la prévenue qui mordrait un officier de police pourrait être une menace dans un établissement où il n'y a pas de personnel de soutien

spécialisé en matière de VIH/sida.

Dans les conditions actuelles, les détenus infectés par le VIH/sida, au terme de leur sentence, pourraient bien constituer une menace pour la société canadienne.

Les perspectives pour la prévention, dans un établissement fédéral, sont sombres.

Cette affaire et celle de 1989 sont importantes: elles démontrent que les cours canadiennes sont disposées à examiner de près l'action ou l'inaction des autorités correctionnelles en matière de VIH/sida. Si les tribunaux statuent que le manquement d'offrir des soins appropriés aux détenus vivant avec le VIH/sida constitue une violation de leurs droits constitutionnels, il est permis de penser qu'ils jugeront aussi inconstitutionnel le refus initial d'offrir aux personnes incarcérées les moyens de se protéger contre l'infection.³²¹

Droit de la négligence

Peut-on utiliser le droit de la négligence dans la prévention de l'exposition des détenus au VIH? Dans l'Annexe 1 au présent document, Malkin aborde spécifiquement cette question:³²²

En s'adonnant à des activités non sécuritaires, plusieurs détenus risquent de contracter le VIH; on pourrait diminuer considérablement ce risque — et la propagation du virus — si ce n'était de la conduite et des choix négligents des gouvernements et des administrateurs d'établissements carcéraux.... [Malkin aborde] les conséquences juridiques de leur insouciance et un important recours judiciaire que les détenus au Canada peuvent tenter pour contester cette insouciance. Les autorités carcérales ne peuvent raisonnablement affirmer que, parce qu'elles ne veulent pas donner l'impression de cautionner les activités homosexuelles ou la consommation de drogue en milieu carcéral, elles peuvent faire comme si ces activités n'avaient pas lieu et ne pas offrir de mesures préventives. Parce que les administrateurs ne peuvent pas, de toute évidence, garantir un milieu sans danger d'infection, ils ont une obligation morale, voire une obligation juridique, de faire face à ce danger et d'y réagir. Ne pas remplir cette obligation constitue de la négligence.

Selon Malkin, le principal objectif d'une action en négligence dans le contexte correctionnel

ne serait pas nécessairement d'obtenir des dommages-intérêts pour un détenu dont la séroconversion a été causée par la négligence d'une autorité carcérale, mais plutôt de voir apporter des améliorations sur le plan institutionnel. Des détenus pourraient trouver valable d'entreprendre une action légale afin de persuader les autorités de leur fournir les moyens raisonnables et nécessaires qui leur permettraient de se protéger contre l'infection à VIH en prison.

Pour avoir gain de cause dans une action en négligence, la partie demanderesse doit prouver que

- la partie défenderesse avait envers elle une obligation de diligence;
- la norme de diligence n'a pas été respectée;
- le manquement a causé un préjudice réel.

Même si le demandeur réussissait à convaincre le tribunal de l'existence d'une cause d'action, la partie défenderesse pourrait encore faire échouer l'action en soulevant l'un de plusieurs moyens de défense possibles. L'analyse de Malkin montre qu'un plaignant pourrait bien avoir gain de cause mais que, dans ces situations, un gain de cause prendrait une dimension particulière:

L'objectif et la valeur d'une action judiciaire en négligence sont notamment la possibilité d'en arriver à une reconnaissance judiciaire d'une obligation de diligence que doivent les systèmes carcéraux aux détenus dont ils ont la garde, et du manquement à cette obligation lorsque des mesures préventives ne sont pas prises. De plus, la valeur d'une telle action ne se limiterait pas à l'affaire individuelle; elle pourrait servir à établir une norme plus élevée de ce que constitue un comportement raisonnable, en vue d'améliorer les conditions de détention. En outre, même si le détenu est débouté, les frais que doivent assumer les autorités pour contester des demandes de cette nature peuvent se révéler être un facteur suffisamment important pour amener des changements de politiques.

Malkin conclut que

même si une bien meilleure façon d'instituer des mesures de réduction des méfaits serait de légiférer en la matière plutôt que de faire appel aux tribunaux, la crainte des litiges peut inciter le législateur à apporter des changements. L'action en elle-même ne peut forcer les autorités à prendre les initiatives suggérées qui s'imposent; cependant, parallèlement à d'autres stratégies, elle peut engendrer des réformes. Indépendamment de l'issue de ces actions, les politiques peuvent changer à la suite de publicité gênante.

Violation de droits constitutionnels

Peut-on soutenir que le fait de refuser aux détenus l'accès à des aiguilles stériles et à de l'eau de Javel est une violation de leurs droits constitutionnels? Elliott examine cette question

dans l'Annexe 2 au présent document.

Son analyse avance que trois articles de la *Charte* garantissent le droit à la protection des détenus et pourraient être invoqués pour obtenir la mise en oeuvre d'échange d'aiguilles et de distribution de trousse d'eau de Javel dans les prisons:

Article 7: droits à la vie et à la sécurité de la personne

Selon Elliott, deux arrêts importants de la Cour suprême du Canada laissent entendre que le droit des détenus d'être protégés contre l'infection à VIH pourrait être considéré comme un aspect du droit à la «sécurité de la personne». ³²³

L'article 7 offre un recours juridique «préventif». Il peut être invoqué pour prévenir un préjudice futur résultant du fait de l'État — par exemple, la transmission future, entre détenus, du VIH ou d'autres maladies transmissibles par le sang, comme l'hépatite C.

On pourrait soutenir que le fait de refuser l'accès à des aiguilles stériles ou à de l'eau de Javel viole la sécurité de la personne des détenus. Il faudrait présenter une preuve établissant:

- le lien entre l'injection de drogue, le partage d'aiguille et la transmission du VIH en prison; et
- que le refus de fournir des aiguilles et de l'eau de Javel contribuent à ce risque.

Selon Elliott, «il ne fait aucun doute qu'il existe un lien clair entre l'action étatique contestée (le refus de l'accès à des aiguilles stériles et à de l'eau de Javel) et le risque accru d'infection à VIH.»

La prochaine étape consisterait à démontrer que cette atteinte aux droits à la vie et à la sécurité de la personne n'est pas «en conformité avec les principes de justice fondamentale.» Elliott conclut que:

«Si ces principes sont censés promouvoir la dignité et le bien-être de l'individu et de la société — et l'on présume qu'il s'agit là d'un but fondamental des droits constitutionnels comme la liberté et la sécurité de la personne — comment l'État peut-il justifier une politique qui, en plus d'empêcher les gens de se protéger contre l'infection par un virus mortel, contribue au risque de sa propagation? Le fait de priver les gens du droit de se protéger eux-mêmes est-il compatible avec la notion de "justice fondamentale"?»

Article 12: peines cruelles et inusitées

On pourrait aussi soutenir que le fait de refuser aux détenus des aiguilles stériles et de l'eau de Javel constitue un «traitement ou peine cruel et inusité». Selon Elliott, on pourrait soutenir que le fait de refuser aux détenus le droit de se protéger contre l'infection à VIH ne constitue pas un objectif pénal légitime et enfreint par conséquent l'art. 12.

Article 15: droit à l'égalité

En outre, on pourrait soutenir que le fait de refuser aux détenus l'accès à des méthodes de protection qui sont offertes aux personnes de l'extérieur constitue de la discrimination au sens de l'article 15 de la *Charte*.

Si l'on peut établir que l'un des droits susmentionnés a été violé, l'État tentera de justifier l'interdiction relative aux aiguilles et à l'eau de Javel en invoquant l'article premier de la *Charte*. Il plaidera probablement qu'il vise à empêcher l'usage de drogue injectable en milieu carcéral et à assurer la sécurité des agents de correction et des détenus. Pour réfuter ces allégations, il faudra prouver qu'il n'y a aucun «lien rationnel» entre la politique qui consiste à interdire les aiguilles et l'eau de Javel, d'une part, et l'objectif d'empêcher l'usage de la drogue, d'autre part. Selon Elliott, il est possible d'établir cette preuve: premièrement, des études montrent que, malgré l'absence de matériel stérile, les détenus continuent de consommer de la drogue et que le partage d'aiguilles augmente à cause de la pénurie de matériel d'injection; deuxièmement, la mise en oeuvre d'un programme d'échange d'aiguilles ne menacera pas la santé des agents correctionnels. En outre, Elliott souligne que le fait de refuser aux détenus l'accès à des seringues stériles (et à de l'eau de Javel) risque de ne pas satisfaire à l'exigence formulée dans l'arrêt *Oakes*, à savoir qu'il faut «porter le moins possible» atteinte aux droits constitutionnels. Tel qu'il le souligne, le fait de placer des personnes captives dans une situation à risque accru d'infection à VIH n'est certainement pas qu'une atteinte minimale au droit à la protection.

Négligence criminelle?

Peut-on soutenir que le fait de refuser aux détenus l'accès à des aiguilles stériles et/ou à de l'eau de Javel constitue de la négligence criminelle? Cette approche a été abordée par l'un des répondants au *Document de travail*, qui écrit:³²⁴

Dans votre document de travail, vous examinez la possibilité d'intenter des poursuites civiles contre les autorités carcérales pour le délit de négligence (page 47) [46 de la version française].

Les poursuites privées au pénal constitueraient un autre moyen — sans doute controversé — d'amener les autorités à prendre des mesures contre la crise du VIH/sida et de l'hépatite en milieu carcéral. Il s'agit de poursuites intentées par des particuliers — plutôt que par le ministère public. L'on pourrait prétendre que

les autorités carcérales et les fonctionnaires qui connaissent les risques extrêmes d'infection à VIH dans les prisons et qui pourtant prennent peu de mesures, voire aucune, pour réduire les risques, sont coupables de négligence criminelle.

Le *Code criminel* définit ainsi la négligence criminelle :

219. (1) Est coupable de négligence criminelle quiconque,

a) en faisant quelque chose, ou

b) en omettant de faire quelque chose qu'il est de son devoir d'accomplir, montre une insouciance déréglée ou téméraire à l'égard de la vie ou de la sécurité d'autrui.

(2) Aux fins du présent article, l'expression «devoir» signifie une obligation imposée par la loi.

En vertu de l'article 220 du *Code*, est coupable d'un acte criminel et passible de l'emprisonnement à perpétuité, quiconque cause la mort par négligence criminelle. En vertu de l'article 221, est coupable d'un acte criminel et passible d'un emprisonnement de dix ans, quiconque, par négligence criminelle, cause des lésions corporelles.

Selon Oscapella, l'argument suivant pourrait être invoqué au soutien d'une poursuite privée en négligence criminelle :

(i) les autorités carcérales et les fonctionnaires ont l'obligation juridique de protéger ceux dont ils ont la charge;

(ii) ils savent que la consommation de drogue, y compris par voie d'injection, est répandue en milieu carcéral, ce qui expose les détenus au risque de contracter le VIH et l'hépatite en s'injectant de la drogue ou au cours rapports sexuels avec ceux qui ont été infectés par l'injection de drogue;

(iii) même si les détenus se trouvent à commettre des infractions institutionnelles en s'injectant de la drogue ou en ayant des rapports sexuels, les autorités carcérales et les politiciens savent que l'on ne peut empêcher ces activités. L'obligation juridique imposée aux autorités carcérales et aux politiciens de protéger les détenus doit donc aller jusqu'à trouver d'autres moyens d'empêcher la propagation du VIH. Ces moyens pourraient inclure les mesures suivantes ou certaines d'entre elles :

- l'éducation sur les pratiques d'injection sûres;

- de meilleures installations de traitement pour aider les utilisateurs à cesser leur consommation;
- la fourniture de condoms;
- la fourniture de trousse d'eau de Javel;
- la fourniture de matériel d'injection;
- la fourniture de substituts à prendre oralement ou à fumer.
- Si les autorités carcérales et les politiciens n'adoptent pas ces mesures ou certaines d'entre elles, on pourrait soutenir qu'ils sont coupables de négligence criminelle si quelqu'un subit un préjudice (par exemple, l'infection à VIH ou l'hépatite) ou décède (du sida ou de l'hépatite) en conséquence.

Il conclut en affirmant que dès qu'un particulier intente une poursuite privée, le procureur général de la province peut décider de prendre lui-même la poursuite en main :

Parfois, le procureur général continuera la poursuite. Toutefois, il peut également décider de «suspendre» les accusations ou de les retirer.

Si une poursuite en négligence criminelle donnait lieu à une condamnation, le législateur et les autorités carcérales seraient certainement obligés de réexaminer les lois et les politiques qui ont accru le risque d'infection à VIH en milieu carcéral. Il pourrait peut-être même y avoir un réexamen des lois sur la drogue qui mènent, directement ou indirectement (en incitant les utilisateurs à commettre des crimes afin de se procurer l'argent pour se payer — au prix fort — de la drogue sur le marché noir) à l'incarcération des utilisateurs de drogue.

Conclusion

Cette analyse préliminaire des lois canadiennes montre que, même si jusqu'à maintenant les tribunaux n'ont pas eu à se prononcer sur l'éventuelle responsabilité des systèmes correctionnels pour des cas de transmission du VIH en prison, ils ont déjà statué que des prisons échouaient à réagir adéquatement au VIH/sida, ce qui d'une part a entraîné la libération d'un détenu séropositif, et d'autre part a retenu un juge d'imposer une peine dans une prison fédérale à une personne vivant avec le sida. Le droit constitutionnel canadien, le droit de la négligence et, tel que soutenu par un répondant au *Document de travail*, le droit criminel pourraient être invoqués pour obliger les systèmes correctionnels à introduire des mesures de réduction des méfaits qui se font attendre depuis trop longtemps, ou pour les tenir responsables de ne pas les avoir adoptées, et responsables de la transmission du VIH qui en résulte dans les prisons.

Dans leurs réponses au *Document de travail*, des détenus ont affirmé qu'ils intenteraient effectivement des poursuites judiciaires au besoin. Par exemple, les représentants du comité des détenus d'un établissement ont souscrit à l'idée «de faire pression sur les autorités pour

qu'elles fournissent aux détenus une "gamme complète" de mesures de protection...par la voie judiciaire». Ces représentants affirment qu'à leur avis «la présente politique sur les seringues hypodermiques [est] un signe d'indifférence flagrante envers la vie humaine» et que «la responsabilité devrait retomber carrément sur la tête [des autorités]». ³²⁵ Les détenus d'un autre établissement ont affirmé que s'ils devaient contracter une maladie mortelle en prison parce que le SCC avait négligé de leur fournir les moyens et l'éducation nécessaires de prévention (auxquels ils ont droit dans la rue), ils tiendraient le SCC pleinement et personnellement responsable. ³²⁶

Il reste à espérer que le recours aux tribunaux ne sera pas nécessaire. Tel que déclaré par un répondant au *Document de travail*, il serait «dommage que des personnes incarcérées se voient placées dans l'obligation de recourir aux tribunaux afin de revendiquer et faire reconnaître certains droits, notamment en regard de l'accès aux moyens de protection pour la prévention de la transmission du VIH.» ³²⁷

Il est certain que la meilleure façon d'en arriver à fournir aux détenus des moyens de protection résiderait dans une intervention rapide du service correctionnel, plutôt que dans le recours aux tribunaux: il est indéniable que les détenus devraient avoir accès aux mêmes moyens de prévention que ceux offerts à l'extérieur de la prison; le défaut de les rendre disponibles est absolument contraire à l'ordre public. ³²⁸

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

²⁶⁶ Commentaire, «AIDS behind Bars: Prison Responses and Judicial Deference», *Temple Law Review*, 1989, 62: 327-354, à la p. 354.

²⁶⁷ I. Malkin, *infra*, Annexe 1, à la p. 1.

²⁶⁸ Note. «Sentenced to Prison, Sentenced to AIDS: The Eighth Amendment Right to be Protected from Prison's Second Death Row» *Dickinson Law Review*, 1988, 92: 863-892.

²⁶⁹ Note, «AIDS in Correctional Facilities: A New Form of the Death Penalty?» *Journal of Urban and*

Contemporary Law, 1989, 36: 167-185.

²⁷⁰ M. Parts, «The Eighth Amendment and the Requirement of Active Measures to Prevent the Spread of AIDS in Prisons», *Columbia Human Rights Law Review*, 1991, 22: 217-249, à la p. 217. Voir aussi N. Dubler et coll., «Management of HIV Infection in New York State Prisons», *Columbia Human Rights Law Review*, 1990, 21: 363, 389; commentaire, «AIDS Behind the Bars: Prison Responses and Judicial Defence», *Temple Law Quarterly*, 1989, 62: 327, 354; Coughlin, «AIDS in Prisons: One Correctional Administrator's Recommended Policies and Procedures», *Judicature*, 1988, 72: 63,66; note, «AIDS in Prisons: Are We Doing the Right Thing?», *New England Journal on Criminal & Civil Confinement*, 1987, 13: 269, 288-289.

²⁷¹ Parts, *supra*, note 270, aux p. 218-219, avec de nombreuses références.

²⁷² *Ibid.*, p. 242.

²⁷³ *Ibid.*, aux p. 242-243.

²⁷⁴ *Ibid.*, aux p. 248-249. Pour un autre article qui examine la situation aux É.-U., voir N. Mahon, «Action sociale en faveur de la réduction des méfaits dans les prisons américaines», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1995, 2(1): 27-28.

²⁷⁵ OMS, *supra*, note 13.

²⁷⁶ Voir *supra*, note 77.

²⁷⁷ M. Wehrin, Gutachten, Verweigerung der Abgabe von Sterilem Injektionsmaterial in Bernischen Strafvollzugsanstalten und Allfällige Rechtliche Sanktionen gegen die HIV-Präventionspolitik des Kantons Bern, Berne, Advokaturbüro Wehrin, Fuhrer, Hirt, 1994.

²⁷⁸ Abschlußbericht, *supra*, note 70, à la p. 61. Voir aussi la note 202.

²⁷⁹ Voir *supra*, note 159.

²⁸⁰ G. Bloom, «Prisoners Sue for Condoms - Court Battle Continues» *HIV/AIDS Legal Link* [Australie], 1994, 5(3): 12-13.

²⁸¹ The New South Wales Ministerial Review HIV/AIDS Working Party, *The Courage of our Convictions - HIV/AIDS: The National Strategy and the Laws of NSW*, Sydney, 1993, à la p. 121.

²⁸² Le texte suivant est une version révisée de la présentation «International Legal Standards for AIDS-Prevention Work in Prisons» faite par l'auteur au séminaire Aids and Detention, Amsterdam, 8 février 1991. L'auteur désire remercier Katarina Tomasevski dont le travail dans ce domaine a constitué une source inestimable d'information, ainsi que Norbert Gilmore et Margaret Somerville pour leurs

commentaires sur la version initiale.

²⁸³ Commission d'enquête, *supra*, note 258, à la p. 11.

²⁸⁴ Lord Wilberforce dans *Raymond v Honey* (1982), cité dans S. Shaw, «Prisoners' Rights», dans P. Sieghart (éd.), *Human Rights in the United Kingdom*, Londres, Pinter Publishers, 1988, p. 40-49, à la p. 40.

²⁸⁵ Justice, *Justice in Prison*, Londres, Justice, 1983.

²⁸⁶ Nations Unies, *Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus*, annexe à la Résolution de l'Assemblée générale 45/111 du 14 décembre 1990, par. 5.

²⁸⁷ Voir Justice, *supra*, note 92.

²⁸⁸ M.A. Somerville, *Consent to Medical Care, A Study Paper Prepared for the Law Reform Commission of Canada*, Ottawa, ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1979, à la p. 96.

²⁸⁹ Voir *ibid.*, à la p. 95.

²⁹⁰ U. Padel, «HIV, Prisons and Prisoners Rights», *The Liverpool Law Review*, 1990, 12: 55-68, à la p. 56.

²⁹¹ Shaw, *supra*, note 91, à la p. 40.

²⁹² Comité des droits de l'homme, Commentaire général 7 [16], article 7, et 9 [16], article 10, Doc ONU, CCPR/C/21/Rev 1 du 19 mai 1989.

²⁹³ Shaw, *supra*, note 284, à la p. 42.

²⁹⁴ L'auteur remercie Sofia Gruskin pour son aide dans la révision de cette section du *Rapport final*.

²⁹⁵ T.W. Harding, «Communicable Diseases in Prisons with Special Reference to AIDS», *8th Conference of Directors of Prison Administrations (CPAP)*, Strasbourg, 2-5 juin 1987, Strasbourg: Conseil de l'Europe, 1988.

²⁹⁶ K. Tomasevski, «AIDS in Prison», *AIDS* 1991, 5 (suppl. 2): S254-S251, à la p. S246.

²⁹⁷ Art. 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme, art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, art. 11 de la American Declaration of the Rights and Duties of

Man, art. 11 de la Charte sociale européenne, art. 16 de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, etc.

²⁹⁸ A. El-Badry, *Health and Human Rights*, Rapport rédigé pour la Réunion d'experts de l'ONU sur la population et les droits de l'homme, Genève, 3-6 avril 1989, UN Doc. IESA/P/AC.28/9 du 21 mars 1989, à la p. 11.

²⁹⁹ Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, dans *Documents fondamentaux*, 39e éd., Genève, OMS, 1992. Pour une discussion de la définition du droit à la santé, voir D.J. Sullivan, «The Nature and Scope of Human Rights Obligations Concerning Women's Right to Health», *Health and Human Rights*, 1(4): 369-398, avec nombreuses références; V. Leary, «The Right to Health in International Human Rights Law», *Health and Human Rights*, 1(1): 24-56.

³⁰⁰ Tel qu'affirmé par S. Gruskin lors d'une conversation téléphonique, mai 1996.

³⁰¹ *Ibid.*

³⁰² Harding, *supra*, note 295.

³⁰³ Tomasevski, *supra*, note 296.

³⁰⁴ Nations Unies, *Ensemble de principes pour la protection de toutes les personnes soumises à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement*, annexe à la Résolution de l'Assemblée générale 43/173 du 9 décembre 1988, principe 7.

³⁰⁵ J.D. Gostin, «The AIDS Litigation Project, A National Review of Court and Human Rights Commissions Decisions, Part I, The Social Impact of AIDS», *Journal of the American Medical Association*, 1990, 263: 1967.

³⁰⁶ Nations Unies, *Principes de base pour le traitement des détenus*, réunion préparatoire régionale de l'Amérique latine et des Antilles en vue du Huitième Congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants, San Jose, Costa Rica, du 8 au 12 mai 1989, UN Doc A/CONF.144/RPM/3 du 25 août 1989, aux p. 3 à 5.

³⁰⁷ OMS 1987, *supra*, note 13.

³⁰⁸ OMS 1993, *supra*, note 13.

³⁰⁹ Pour un examen détaillé, voir *Le VIH/SIDA en milieu carcéral: Documentation*, *supra*, note 15, aux p. 47-53.

310 OMS 1987, *supra*, note 13.

311 OMS 1993, *supra*, note 13, aux p. 1-2.

312 Communiqué de presse, OMS: «WHO Urges Prison Reform to Help Control the Spread of HIV», 10 juin 1993, IXe Conférence internationale sur le SIDA, Berlin, 7-11 juin 1993.

313 Conseil de l'Europe, Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, *Troisième rapport général d'activités*, Strasbourg, 1993.

314 D. Bertrand, T. Harding, «European Guidelines on Prison Health», *The Lancet*, 1993, 342: 253-254.

315 I. Malkin, *infra*, Annexe 1, à la p. 5.

316 Réponse de Taylor et Bovair au *Document de travail*, *supra*, note 52.

317 Voir *supra*, note 162.

318 Pour un examen détaillé, voir *Le VIH/SIDA en milieu carcéral: Documentation*, *supra*, note 15, p. 93-97.

319 (1989) 42 CRR 286 (Cour de district de l'Ontario).

320 *R v. Thissen*, Cour de justice de l'Ontario (division provinciale), jugement non publié du 16 mai 1996 (juge Cadsby).

321 Voir R. Elliott, *infra*, Annexe 2.

322 I. Malkin, *infra*, Annexe 1, à la page 1.

323 *Singh c. Ministre de l'Emploi et de l'Immigration*, [1985] 1 R.C.S. 177; *R. c. Morgentaler*, [1988] 1 R.C.S. 30.

324 Réponse au *Document de travail* par Eugene Oscapella, en date du 20 mars 1996.

325 Réponse au *Document de travail* par Salisbury et Smith, *supra*, note 4.

326 Réponse au *Document de travail* par Taylor et Bovair, *supra*, note 52.

³²⁷ Réponse au *Document de travail* par M.R. Morissette, en date du 22 janvier 1996.

³²⁸ Voir *The Courage of our Convictions*, *supra*, note 281, à la p. 121.

VIH/sida et prisons: rapport final

Préparé par Ralf Jürgens

© Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, Montréal, 1996

ISBN 1-896735-05-3

Recommandations d'action

[Questions sous-jacentes: engagement, ressources, imputabilité et approche stratégique à long terme](#)

[Recherche](#)

[Dépistage et confidentialité](#)

[Programmes d'éducation à l'intention des détenus](#)

[Mesures préventives à l'intention des détenus](#)

[Réaction à l'usage de drogue](#)

[Éducation du personnel](#)

[Mesures de protection du personnel](#)

[Soins de santé](#)

[Libération pour des raisons humanitaires](#)

[Femmes détenues](#)

[Détenus autochtones](#)

[Jeunes contrevenants](#)

[Politiques en matière de drogue](#)

En matière de VIH, les détenus et le personnel de prisons devraient bénéficier de mesures préventives, d'information, d'éducation, de soins et soutien, et de confidentialité qui soient du même niveau que celles en vigueur dans la communauté. Les politiques devraient être fondées sur les facteurs réels de risque qui ont cours en prison. Les besoins particuliers des femmes et des détenus juvéniles et étrangers devraient être pris en compte. Les détenus séropositifs ne devraient pas être l'objet de ségrégation, d'isolement ou d'autres formes de discrimination. Les détenus devraient être protégés contre le viol et le

sexe coercitif.³²⁹

Le Canada est chanceux que la prévalence de l'infection à VIH dans les établissements correctionnels fédéraux soit encore relativement faible. Elle est cependant d'au moins dix fois supérieure à celle des Canadiens en général. **Il n'y a pas lieu de se complaire ni d'attendre pour réagir à cette menace.**

Beaucoup de choses ont été accomplies et le Service correctionnel du Canada mérite que ce soit reconnu, mais beaucoup reste encore à faire. Le Comité a identifié des moyens par lesquels le Service correctionnel du Canada peut renforcer ses efforts de prévention contre la transmission du VIH ainsi que les méfaits de cette infection et de l'usage de drogue dans ses établissements. Voici des occasions d'agir avec détermination et, ce faisant, d'aider à promouvoir et à protéger la santé des détenus, du personnel et de tous les Canadiens.³³⁰ [mise en relief ajoutée]

Les recommandations suivantes sont adressées aux systèmes correctionnels fédéral et provinciaux. Pour la plupart, elles ne sont pas nouvelles: elles sont en accord avec celles contenues dans le *Document de travail* et d'autres mises de l'avant par les participants du Premier atelier national [canadien] VIH/sida et prisons,³³¹ et constituent le prolongement de celles formulées par de nombreux comités et organismes nationaux et internationaux, notamment le CESP, PASAN et l'OMS. Elles n'ont pas la prétention d'être exhaustives: elles cherchent plutôt à effectuer une mise à jour sur certaines qu'avait déposées le CESP, et à exprimer la frustration ressentie par plusieurs personnes face au manque d'action des systèmes fédéral et provinciaux. De fait, on remarque au Canada un consensus sur le besoin d'action plutôt que de nouvelles recommandations: les 88 recommandations du rapport du CESP, la stratégie globale proposée par PASAN en 1992 et les lignes directrices de 1993 de l'OMS contiennent la plupart des éléments requis pour qu'une stratégie de prévention et de soins du VIH/sida soit efficace; elles devraient être lues de pair avec celles qui suivent.

L'urgence du besoin d'action n'est pas nouveau lui non plus: il a été bien exprimé par le Dr Gilmore, président du CESP, lors de la publication du Rapport final du CESP, par les remarques rapportées ci-dessus. Toutefois, depuis les remarques du Dr Gilmore, l'application de ces recommandations est devenue encore plus urgente. À moins d'agir avec promptitude et détermination, le SCC et les systèmes correctionnels provinciaux pourraient être tenus moralement et légalement responsables des conséquences de leur inaction pour les détenus, pour le personnel et la société en général. Tel que l'a déclaré le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida,

la situation en est une d'urgence. Elle met en cause les droits à la santé, à la sécurité de la personne, à l'égalité devant la loi, et le droit de ne pas subir de traitement inhumain ou dégradant. Il est impératif d'y faire face de manière urgente, pour la santé, les droits et la dignité des détenus; pour la santé et la

sécurité du personnel de prison; et pour le bien des communautés d'où les détenus viennent et vers lesquelles ils retournent.³³²

Questions sous-jacentes: engagement, ressources, imputabilité et approche stratégique à long terme

Afin de faire face efficacement aux multiples problèmes soulevés par le VIH/sida et d'autres agents infectieux en prison, notamment l'hépatite C, il est nécessaire d'apporter des changements considérables dans la manière d'aborder l'application des recommandations du CESP, de PASAN, de l'OMS et d'autres organisations nationales et internationales.

Au niveau fédéral — quoiqu'il soit vrai que certaines initiatives positives sont entreprises ou prévues, telles la distribution d'eau de Javel, l'introduction du dépistage non-nominal et anonyme du VIH, et le projet pilote d'éducation par les pairs — le SCC agit d'une manière décousue qui démontre un manque évident de coordination, d'engagement, d'inspiration et de vision. En conséquence, le SCC accuse de plus en plus de retard dans l'accomplissement des engagements auxquels il s'était commis dans sa réponse officielle au rapport final du CESP, allant parfois jusqu'à trahir carrément ces engagements.

L'ex-commissaire du SCC, M. John Edwards, a reconnu la nécessité d'apporter des changements à l'approche adoptée dans l'application des recommandations du CESP:

Afin d'assurer la viabilité des diverses initiatives liées au VIH/sida, nous ne pouvons plus considérer la réussite de leur application comme une série d'activités isolées: nous devons aussi nous occuper de changements organisationnels dans le SCC. Nous croyons que d'augmenter l'éducation du personnel et de mettre davantage d'emphase sur l'imputabilité assureront que le changement perdure et que des programmes comme la distribution de trousse d'eau de Javel soient pleinement intégrés aux opérations journalières de nos établissements.³³³

Cet aveu d'un problème plus profond, sous-jacent, dans l'application des recommandations du CESP n'a toutefois pas entraîné de changement dans l'approche du SCC. L'application continue d'être un processus lent et décousu: quelques personnes dévouées continuent de pousser et de rendre possible certaines activités isolées, mais rencontrent peu d'appui, et souvent même une opposition considérable de la part de l'organisation et, parfois, de cas individuels de directeurs d'établissements.

Le SCC a beau s'être engagé à appliquer plusieurs des recommandations du CESP, il a échoué à créer des conditions qui permettraient une application plus rapide et consistante. Le

processus qui mène à la distribution d'eau de Javel dans tous ses établissements constitue un bon exemple de la manière dont les initiatives peuvent être préparées et amorcées. Mais du même coup, depuis maintenant près d'un an, ce programme accapare presque la totalité des minces ressources du Programme national sur le sida du SCC, ce qui entraîne des retards sérieux dans l'application d'autres initiatives comme l'amélioration de l'accès au dépistage du VIH et les programmes à l'intention des détenus autochtones et des femmes détenues. Ces retards ont été sévèrement critiqués par plusieurs répondants au *Document de travail*. L'une d'entre eux a dit que, selon elle, «il faut s'occuper du problème qui consiste à tout transformer en "programmes"... Chaque fois que le SCC développe un "programme", il semble échouer. Aussi récemment qu'en 1992, l'eau de Javel était librement disponible en tant qu'agent nettoyant partout dans les établissements. Elle a ensuite été retirée du système, sauf des buanderies, et on est en train de passer des années à déterminer la meilleure manière de mettre sur pied un "programme de trousse d'eau de Javel".»³³⁴

Les systèmes provinciaux font face à plusieurs des mêmes problèmes et ils se sont montrés, à peu d'exceptions près (parmi lesquelles, plus particulièrement la Colombie-Britannique) encore plus rébarbatifs que le SCC à faire face aux réalités du VIH, de l'hépatite, et de l'usage de drogue en prison: parfois, ils n'offrent même pas aux détenus les plus élémentaires moyens de prévention contre la transmission du VIH et d'autres agents infectieux.

Recommandation 1

Afin de prévenir la propagation ultérieure du VIH et d'autres agents infectieux en prison, et d'offrir de meilleurs soins et traitements aux détenus qui les ont contractés, il est nécessaire que le SCC et les systèmes correctionnels provinciaux:

- 1.1 adoptent une approche proactive plutôt que réactive, en face des problèmes soulevés par le VIH/sida, l'hépatite, la tuberculose et l'usage de drogue en prison;**
- 1.2 s'engagent dans un processus de planification stratégique coordonnée et à long terme;**
- 1.3 coordonnent leurs efforts et collaborent plus étroitement;**
- 1.4 affectent suffisamment de personnel et de ressources à leurs programmes sur le sida et les maladies infectieuses;**
- 1.5 impliquent les détenus et le personnel dans le développement de toute initiative entreprise pour réduire la propagation du VIH et d'autres agents infectieux;**

1.6 s'assurent que les initiatives soient appliquées de manière consistante, en émettant des lignes directrices et des normes applicables, en contrôlant cette application, et en tenant les administrations d'établissements responsables de procéder à une application prompte et consistante; et

1.7 évaluent toute initiative avec le concours d'experts indépendants.

Étant donné que les détenus proviennent de communautés et y retournent, et que ce qui est fait — ou pas — dans les prisons, en matière de VIH/sida, d'hépatite, de tuberculose et d'usage de drogue, a des répercussions sur la santé de tous les Canadiens, il est nécessaire que Santé Canada et les ministères provinciaux de la Santé:

1.8 adoptent un rôle plus actif et travaillent en collaboration plus étroite avec les systèmes correctionnels fédéral et provinciaux afin d'assurer que la santé de tous les Canadiens, y compris celle des détenus, soit protégée et favorisée.

Recherche

[I]l devrait y avoir une recommandation de surveiller le VIH (et peut-être aussi l'hépatite C) parmi les détenus: d'une part de mesurer les taux de prévalence chez les détenus, et d'autre part de tenter d'évaluer le nombre de nouveaux cas d'infection qui ont lieu en prison.³³⁵

Les recherches effectuées dans les prisons fédérales et provinciales ont fourni des preuves que les taux d'infection à VIH en prison sont d'au moins dix fois supérieurs à ceux de la communauté en général,³³⁶ que les taux de prévalence de l'hépatite C sont très élevés,³³⁷ et que les prisons du Canada sont le lieu de comportements à risque.³³⁸ Jusqu'à présent, il n'y a pas eu de recherche visant à évaluer le nombre de nouvelles infections qui ont lieu dans les prisons au Canada; l'expérience d'autres pays montre que de telles recherches ne vont pas sans difficultés, mais qu'elles ne sont pas impossibles à réaliser.

Il est clair que nous n'avons pas besoin de nouvelles recherches pour déterminer les mesures qu'il faut mettre en place afin de mieux protéger les détenus, le personnel et le public contre la propagation ultérieure du VIH et d'autres agents infectieux en prison. La recherche qui aurait pour but de reporter l'action à plus tard est donc vivement déconseillée. Cependant, si son objectif est de mesurer l'évolution des épidémies de VIH et d'hépatites dans les prisons canadiennes, et d'évaluer et d'améliorer les interventions actuelles et futures, la recherche est

justifiable et encouragée.

Recommandation 2

2.1 Afin de mesurer l'évolution des épidémies de VIH et d'hépatites dans les prisons au Canada, et d'évaluer et d'améliorer les initiatives actuelles et futures, la recherche devrait être encouragée et financée par les systèmes correctionnels fédéral et provinciaux et les ministères de la Santé. Cette recherche devrait fournir des renseignements sur la séroprévalence, les comportements à risque et la transmission d'agents infectieux dans les prisons, et contribuer à l'amélioration des interventions requises pour prévenir la propagation ultérieure de maladies infectieuses et pour prendre soin des détenus infectés. La recherche dont les fins primaires seraient de remettre à plus tard les actions nécessaires est fortement déconseillée.

2.2 La recherche devrait être menée par des experts indépendants avec le concours actif de Santé Canada, des ministères provinciaux de la Santé et des systèmes correctionnels fédéral et provinciaux. Elle devrait être précédée et accompagnée de consultation avec les détenus, le personnel, des groupes communautaires et des experts indépendants.

Dépistage et confidentialité

Le SCC doit se rendre compte et comprendre que la plupart des détenus sont extrêmement méfiants pour tout ce qui touche la confidentialité en rapport avec le SCC. Si le Service n'adopte pas une attitude plus éclairée en ce qui concerne la divulgation de renseignements médicaux aux employés, on ne parviendra jamais à avoir un portrait fidèle de la prévalence du VIH en prison. En négligeant la confidentialité, le SCC empêche des détenus potentiellement séropositifs de recevoir des soins médicaux appropriés et l'attention nécessaire: ces détenus ne demanderont pas de dépistage par peur de répercussions de la part d'employés du SCC. Cette situation accroît aussi la propagation du VIH par des détenus qui ne savent pas qu'ils sont séropositifs et qui sont rébarbatifs au dépistage. Le dépistage anonyme constitue ici la seule solution.³³⁹

Le SCC mérite des félicitations pour sa décision de rendre disponibles les tests anonymes de dépistage du VIH dans les prisons fédérales, mais il doit commencer à agir pour remplir cette promesse — plus d'une année s'est écoulée depuis son annonce. Une fois réellement implanté, le dépistage anonyme du VIH pour les détenus des prisons fédérales permettra aux détenus qui ne voulaient pas passer de test de dépistage, par peur que leur résultat soit

divulgué, de se faire tester sans crainte. Pour les mêmes raisons, le dépistage anonyme devrait être offert aux détenus des prisons provinciales. En parallèle, il est important que les tests offerts par le personnel de santé des prisons fédérales et provinciales soient plus facilement accessibles et mieux acceptés par les détenus, via la possibilité de tests non-nominaux, la formation du personnel de santé en matière de conselling pré-/post-test, et l'amélioration de la protection de la confidentialité des renseignements médicaux. La protection de la confidentialité est d'une importance primordiale; plusieurs officiels et employés de prisons persistent à insister sur un «besoin de savoir» le statut sérologique des détenus. En prison comme à l'extérieur, il existe effectivement certaines situations où la divulgation d'information confidentielle à une tierce personne peut être justifiée. Toutefois, une telle divulgation n'est justifiée que dans des cas rares et exceptionnels, «lorsqu'une évaluation individuelle indique que cette communication est nécessaire, susceptible d'être efficace et qu'elle constitue le moyen le moins intrusif et le moins restrictif possible pour prévenir des préjudices qui ne peuvent l'être autrement».³⁴⁰ Tel que l'a recommandé le CESP, les cas où la divulgation peut être justifiée doivent être clairement définis par le SCC, en collaboration avec des détenus et des experts indépendants.

Recommandation 3

3.1 Le SCC devrait agir pour enfin remplir sa promesse de rendre disponible le dépistage anonyme du VIH pour les détenus des prisons fédérales; ce type de dépistage devrait aussi être rendu disponible dans les prisons provinciales où il ne l'est pas déjà.

3.2 Les systèmes correctionnels fédéral et provinciaux devraient rendre plus facilement accessibles, et mieux acceptés par les détenus les tests offerts par le personnel de leurs services de santé, via la possibilité de tests non-nominaux, la formation du personnel de santé en matière de conselling pré-/post-test, et l'amélioration de la protection de la confidentialité des renseignements médicaux.

3.3 La divulgation au personnel de renseignements médicaux sur les détenus n'est justifiée que dans des cas exceptionnels, lorsqu'elle est clairement nécessaire, susceptible d'être efficace et qu'elle constitue le moyen le moins intrusif et le moins restrictif possible de prévenir des préjudices qui ne pourraient l'être autrement. Les systèmes correctionnels fédéral et provinciaux, en collaboration avec des détenus et des experts indépendants, incluant le Commissaire à la vie privée du Canada et ses homologues provinciaux, doivent définir avec précision ces cas exceptionnels.

3.4 Un dépliant sur le dépistage du VIH et la confidentialité devrait être

élaboré, qui aborde des problèmes comme ceux de la confidentialité des renseignements médicaux et son importance, l'absence d'un « besoin de savoir » le statut sérologique des détenus, et le risque ou l'absence de risque de transmission du VIH.

3.5 Dans chaque établissement, le personnel médical devrait se réunir pour examiner et aborder les méthodes de traitement des renseignements médicaux sur les détenus, afin d'identifier les obstacles à la protection de ces renseignements, de les documenter, et d'identifier des solutions concrètes pour les résoudre.

3.6 Des procédures modèles devraient être conçues afin de protéger les dossiers médicaux contre la divulgation; un plan d'application stricte devrait être implanté.

3.7 Des procédures normalisées devraient être développées à l'intention du personnel d'escorte, établissant des directives claires qui indiquent si et, le cas échéant, dans quels cas des renseignements médicaux seront divulgués à ces employés.

Programmes d'éducation à l'intention des détenus

Espérons que la documentation sur les succès divers du Projet CAN [voir *supra*, note 42 et suivantes] convaincront les autorités et le personnel correctionnels de la nécessité de créer pour des détenus des postes rémunérés d'éducateurs des pairs. Même si l'éducation sur le sida peut être effectuée sur une base de bénévolat, l'efficacité, la viabilité et la durée de telles initiatives requièrent au moins deux détenus coordonnateurs rémunérés.³⁴¹

L'éducation des détenus demeure l'une des tâches primordiales pour promouvoir et protéger leur santé et prévenir la transmission du VIH et d'autres agents infectieux dans les prisons. Tel que le soulignait le CESP, ceci ne devrait pas se limiter à de l'information écrite, mais plutôt inclure des séances d'éducation continue, prodiguées ou complétées par des organismes communautaires de l'extérieur en matière de sida, de santé ou de soutien aux détenus. De plus, lorsque cela est possible, les détenus devraient être encouragés et appuyés à mener leurs propres programmes d'éducation, de counselling et de soutien des pairs, notamment par le biais de la création de postes rémunérés de conseillers en santé pour les pairs.

Le SCC a accepté les recommandations du CESP et convenu de « poursuivre et d'améliorer les programmes en place », en mettant l'accent sur l'éducation en matière de VIH/sida à

l'admission et régulièrement au cours de la détention, et en encourageant et en aidant des groupes communautaires à prodiguer des séances d'éducation. Le Service a pourtant fait peu, sinon rien, pour assurer l'application de cette recommandation à l'échelle nationale. L'éducation sur le VIH/sida se limite encore dans bien des cas à la distribution d'une brochure ou à la présentation d'un vidéo; les séances d'éducation prodiguées ou complétées par des groupes de l'extérieur, à l'admission ou régulièrement au cours de la détention, demeurent des cas d'exception. Dans plusieurs systèmes correctionnels provinciaux, quoiqu'on y accentue l'importance de l'éducation — souvent au détriment d'autres mesures préventives —, la situation n'est pas bien différente: l'éducation est prodiguée, mais rarement dans le cadre de séances d'éducation et rarement avec un apport de l'extérieur.

Une autre préoccupation provient du fait que, malgré que le SCC ait financé un projet pilote de promotion de la santé par les pairs, l'importance des programmes d'éducation par les pairs n'est pas comprise à fond par tous les employés des systèmes correctionnels. Les employés et administrateurs de prisons ont besoin d'information et d'éducation sur l'importance d'efforts dans l'éducation par les pairs, en mettant l'accent sur leur rentabilité administrative et sur le fait qu'ils peuvent effectivement sauver des vies. Il faut en outre qu'un plan assure que soient appliquées, dans tous les établissements correctionnels du Canada, les leçons apprises du projet pilote, et que les établissements reçoivent les moyens de créer des emplois rémunérés pour des détenus qui travailleront à l'éducation de leurs pairs.

S'il est vrai que l'application de tels programmes peut être plus difficile à réaliser dans les prisons provinciales que dans les fédérales, les systèmes correctionnels provinciaux devraient tout de même explorer dans quelle mesure il leur serait possible d'entreprendre certaines initiatives du genre: là où il ne serait pas possible d'établir des programmes d'éducation par les pairs, il sera d'autant plus important de mettre à contribution l'apport de groupes de l'extérieur, en matière de sida, de santé ou de soutien aux détenus.

Recommandation 4

L'éducation des détenus demeure l'une des tâches les plus importantes pour promouvoir et protéger leur santé et prévenir la transmission du VIH et d'autres agents infectieux dans les prisons. Il est urgent que le SCC se conforme aux engagements qu'il a pris d'améliorer les efforts d'éducation déjà en place; les systèmes provinciaux ont eux aussi besoin d'améliorer l'éducation offerte aux détenus sur le VIH/sida, l'hépatite, la tuberculose et l'usage de drogue. En particulier:

4.1 L'éducation ne devrait pas se limiter à une information écrite ou audiovisuelle, mais inclure des séances d'éducation continue, prodiguées ou complétées par des organismes communautaires de l'extérieur en matière de sida, de santé ou de soutien des détenus.

4.2 Les résultats et les leçons apprises du projet pilote de promotion de la santé par les pairs mené dans l'établissement de Dorchester devraient être largement diffusés et appliqués à d'autres établissements: partout où cela est possible, les détenus devraient être encouragés et aidés à organiser et mener leurs propres programmes d'éducation, de counselling et de soutien de leurs pairs, et des postes rémunérés de conseillers en santé pour les pairs devraient être créés.

Mesures préventives à l'intention des détenus

La conclusion [du *Document de travail*] concorde avec la position de la Commission [canadienne des droits de la personne] à l'effet que les individus en prison ne devraient pas être privés des moyens de se protéger contre le VIH/sida.³⁴²

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) est bien conscient du fait que la provision des mesures préventives dans les prisons soulève des questions difficiles. Les relations sexuelles en prison sont souvent illégales et, en fournissant des condoms, les autorités correctionnelles craignent de les favoriser. Ceci soulève la question de savoir si le droit à la vie privée protège les relations sexuelles entre deux adultes consentants en prison. Toutefois, vu le fait que ces relations sexuelles ont effectivement lieu, n'y a-t-il pas un devoir de réduire les méfaits qui pourraient en résulter? Les détenus ne devraient-ils pas avoir la possibilité de se protéger contre ces méfaits?

Il en va de même pour l'usage de drogue en prison, qui est clairement illégal, mais a effectivement lieu. À l'extérieur des prisons, on a démontré que pour prévenir efficacement la transmission du VIH attribuable à l'usage de drogue, il faut avoir recours à une approche à plusieurs facettes: réduire l'usage de drogue, réduire l'utilisation de matériel d'injection non-stérile et fournir des condoms aux utilisateurs de drogue. De tels programmes compréhensifs, y compris ceux qui impliquent l'échange de seringues et aiguilles, s'avèrent efficaces hors des prisons. Les études préliminaires montrent qu'ils fonctionnent également en prison. En plus de ne pas créer d'augmentation de l'usage de drogue ou du nombre d'incidents de sécurité, ils réduisent la propagation du VIH.

Il est nécessaire de travailler encore pour trouver des moyens efficaces de réduire la transmission du VIH par les relations sexuelles et l'usage de drogue en prison. Mais le défaut de fournir les mesures élémentaires, telles que l'information, l'éducation et les moyens préventifs disponibles hors des prisons,

constituent une violation des droits des détenus à la santé, à la sécurité de la personne et à l'égalité devant la loi. On pourrait même dire qu'il constitue un traitement cruel et inhumain. Même si les relations sexuelles et l'usage de drogue en prison sont peut-être répréhensibles, la propagation du VIH est pire. La décision à prendre concerne l'application de mesures concrètes basées sur la réalité des prisons de réduire les méfaits de deux maux le pire, le VIH.³⁴³

Condoms, digues dentaires et lubrifiant

Il est prioritaire, dans l'immédiat, de rendre des condoms, des digues dentaires et du lubrifiant à base d'eau facilement et discrètement accessibles aux détenus de tous les établissements correctionnels fédéraux et provinciaux. Les répondants au *Document de travail* se sont dits outrés que certains systèmes correctionnels ne les mettent toujours pas à la disposition des détenus; ils ont aussi critiqué la difficulté d'accès des détenus à ces moyens de prévention dans de nombreuses prisons provinciales et certaines prisons fédérales. Les obstacles à l'accès aux condoms, digues dentaires et lubrifiant doivent être éliminés. Dans une récente étude sur les perceptions des détenus à l'égard des mesures de réduction des méfaits dans les prisons canadiennes, Calzavara et coll. ont découvert qu'en dépit de la disponibilité de condoms et de digues dentaires et du fait qu'une proportion relativement élevée de détenus a déclaré avoir des activités sexuelles, très peu de détenus ont déjà utilisé un condom en prison. Les obstacles couramment identifiés sont la peur d'être étiqueté comme gai, d'être soupçonné de transporter de la drogue, ainsi qu'un risque perçu comme faible dans l'activité entre partenaires de même sexe, particulièrement chez les femmes détenues.^{343a} Ceci démontre clairement qu'il ne suffit pas de rendre des condoms disponibles: ils doivent être d'accès facile et discret, de manière à ce que les détenus ne soient pas obligés d'en faire la demande et craignent d'être identifiés comme gais ou utilisateurs de drogue; de plus, il faut amorcer une éducation pour souligner l'importance d'utiliser des condoms dans les relations sexuelles et pour donner aux détenus les moyens d'y avoir recours.

Recommandation 5.1

Sans plus de délai, il est nécessaire que des condoms, des digues dentaires et du lubrifiant à base d'eau soient rendus facilement et discrètement accessibles aux détenus de tous les établissements fédéraux et provinciaux sans qu'ils n'aient à en faire la demande.

Eau de Javel

La décision du SCC de rendre l'eau de Javel facilement et discrètement accessible dans tous ses établissements mérite d'être félicitée. Les apprentissages tirés de la mise sur pied de la distribution des condoms devraient être pris en compte dans la mise en application de cette décision: le SCC devrait émettre des directives claires pour assurer une application prompte et

uniforme de la distribution d'eau de Javel dans toutes les prisons. De plus, la distribution d'eau de Javel ne sera pas suffisante en soi: les détenus doivent être éduqués sur la nécessité de toujours désinfecter leur matériel d'injection, et il faudra en outre faire des efforts pour que l'eau de Javel soit réellement d'accès facile et discret pour tous les détenus, qui ne l'utiliseront pas s'ils craignent d'être identifiés comme des utilisateurs de drogue. Les systèmes provinciaux où les détenus n'ont pas accès à de l'eau de Javel devraient emboîter le pas.

Recommandation 5.2

L'eau de Javel doit être facilement et discrètement accessible aux détenus de tous les établissements correctionnels fédéraux et provinciaux, et il est nécessaire de prodiguer aux détenus de l'éducation sur la nécessité de toujours désinfecter le matériel d'injection avant et après usage.

Seringues et aiguilles stériles

En tant qu'usager de drogue en convalescence, c'est difficile pour moi de militer pour un programme d'échange de seringues pour qui que ce soit, en particulier pour les détenus. Mais quand je pense à tous les partages d'aiguilles dont j'ai été témoin pendant ces années en prison, et au nombre d'infections qu'ils ont causées, je suis plus préoccupé par les vies humaines que par la «bienséance» dans la question de fournir des aiguilles aux prisonniers.³⁴⁴

Le SCC doit se prévaloir de toutes les méthodes de prévenir la propagation du VIH et d'autres agents infectieux dans les établissements fédéraux, et ceci inclut l'application rapide d'un programme d'échange de seringues et aiguilles. Ceci est sans contredit une question de santé, qui appelle une réponse adéquate — assurer que les intérêts des détenus en matière de santé font l'objet d'une priorité suprême.³⁴⁵

Dans la réponse du SCC au rapport du CESP, le commissaire John Edwards soulignait que le SCC a une responsabilité de santé publique envers les communautés vers lesquelles retournent les détenus. Puisqu'il disait «quelque soient nos inquiétudes [quant à l'accès des détenus à de l'eau de Javel] elle sont supplantées par les questions de santé publique», si le commissaire est vraiment de cet avis, alors pourquoi adopterait-il une attitude différente vis à vis de l'échange de seringue, spécialement vu...les doutes sérieux quant à l'efficacité de l'eau de Javel dans la destruction du VIH?³⁴⁶

Dans son rapport final, le CESP soutenait qu'il sera inévitable de fournir du matériel d'injection stérile aux détenus.

Vu les nouveaux développements décrits dans le présent document, l'introduction de programmes d'échange de seringues et d'aiguilles dans les prisons du Canada est encore plus pressante qu'au moment de la parution du rapport du CESP. Cette action prend une dimension de plus en plus réaliste: les résultats du projet pilote suisse et de trois ans d'expérience avec la disponibilité d'aiguilles stériles dans une prison pour hommes, aussi en Suisse, démontrent qu'il est possible de rendre disponibles en toute sécurité des aiguilles stériles, d'en tirer d'excellents résultats, et d'amener le personnel carcéral à accepter de tels programmes, voire même d'acquiescer sa collaboration.

Au Canada, plusieurs employés de prisons sont déjà en faveur de mettre du matériel d'injection stérile à la disposition des détenus: des employés de Matsqui qui ont répondu au questionnaire distribué dans le cadre du projet pilote de distribution d'eau de Javel ont demandé: «Pourquoi perdons-nous du temps à distribuer de l'eau de Javel? Pourquoi ne pas faire simplement un programme d'échange de seringues?». ³⁴⁷ Par ailleurs, dans un sondage mené par le CESP il y a deux ans, 15% des agents de détention et 31% du personnel de santé des pénitenciers se disaient en faveur de la mise sur pied de programmes d'échange de seringues pour les détenus. ³⁴⁸ Les employés comprennent que plusieurs des instruments d'injection bricolés par les détenus, comme des morceaux d'ampoules électriques, ne sont pas moins dangereux que des seringues, et que la disponibilité de matériel d'injection stérile pourrait accroître leur sécurité plutôt que de la compromettre. Tel que le souligne Mahon,

il est clair que dans tout contexte où sont impliqués des objets perçant la peau et un taux élevé d'infection à VIH, la sécurité demeure une préoccupation. Mais plutôt que d'invoquer la menace potentielle pour rejeter l'idée d'échange d'aiguilles derrière les barreaux, on devrait en faire la considération première dans l'élaboration d'un programme. ³⁴⁹

La vaste majorité des répondants au *Document de travail* est d'avis que des aiguilles stériles devraient être disponibles dans les prisons et que le SCC et les systèmes provinciaux sont en face de l'inévitable: il est nécessaire de rendre disponible du matériel d'injection stérile en prison, dans l'intérêt des détenus, du personnel carcéral et du public en général.

Tel que déjà recommandé par le CESP et par PASAN, les gouvernements et les systèmes carcéraux devraient commencer tout de suite à mettre en place les mesures qui permettront cette distribution. Ce processus devrait inclure:

- une vaste consultation des employés de prisons et de leurs syndicats;
- l'éducation des détenus, du personnel et du public sur (1) le fait que la disponibilité de matériel d'injection stérile n'équivaut pas à fermer les yeux sur l'usage de drogue ni à céder aux détenus le droit d'en consommer, mais représente une mesure pragmatique et nécessaire pour mieux protéger les

détenus, le personnel et la société en général; et sur (2) les bienfaits de cette mesure: la prévention de la propagation du VIH entre détenus et en bout de ligne au sein de la société, et l'évitement des frais de santé que cette propagation engendrerait;

- la sélection d'établissements où pourront être menés des projets pilotes.

Ces projets pilotes devraient être conçus en tenant compte des leçons apprises dans les systèmes correctionnels qui permettent déjà l'accès des détenus à du matériel d'injection stérile, être adaptés à la culture propre aux établissements où ils seront entrepris, et être amorcés sans plus de délai.

Recommandation 5.3

Dans un effort pour réduire davantage les méfaits résultant de l'usage de drogue et puisque l'eau de Javel peut ne pas désinfecter efficacement ou systématiquement le matériel d'injection, il est nécessaire de rendre disponible du matériel d'injection stérile dans les prisons fédérales et provinciales. Ceci n'équivaut pas à fermer les yeux sur l'usage de drogue en prison, ni à donner aux détenus le droit d'en consommer, mais constitue plutôt une mesure de santé nécessaire et pragmatique qui protégera mieux les détenus, le personnel et le public.

Les systèmes correctionnels et les gouvernements devraient commencer immédiatement la mise en place des mesures qui permettront la distribution de matériel d'injection stérile:

- **la consultation avec le personnel et les syndicats — la sécurité et les autres inquiétudes du personnel doivent être prises en considération et ces gens doivent être impliqués dans la planification et l'application des programmes;**
- **l'éducation des détenus, du personnel et du public sur (1) le fait que la disponibilité de matériel d'injection stérile n'équivaut pas à fermer les yeux sur l'usage de drogue ni à céder aux détenus le droit d'en consommer, mais représente une mesure pragmatique et nécessaire pour mieux protéger les détenus, le personnel et la société en général; et sur (2) les bienfaits de cette mesure: la prévention de la propagation du VIH entre détenus et en bout de ligne au sein de la société, et l'évitement des frais de santé que cette propagation engendrerait;**
- **la sélection d'établissements où pourront être menés des projets pilotes.**

Traitement d'entretien à la méthadone (TEM)

L'application du TEM en prison [TEMP] offre probablement la plupart des mêmes avantages que dans la communauté, sans ajouter de grands problèmes dans son adaptation au milieu carcéral. Vu l'efficacité du TEM pour réduire l'usage d'héroïne, la criminalité et la transmission du VIH, et à cause de sa dimension sécuritaire, de ses effets secondaires minimes et de son faible coût, l'acceptation de ce programme au cours de la dernière décennie est devenue de plus en plus répandue. [...]

Les autorités correctionnelles et de santé ne devraient pas attendre que les preuves deviennent encore plus accablantes, relativement au risque de transmission du VIH parmi et par les détenus, ni d'avoir davantage de preuves que le TEMP réduit ce risque, avant de considérer son application. La plausibilité du TEMP est très élevée, la possibilité de pouvoir généraliser aux prisons les conclusions d'études dans la communauté est raisonnable, et nous disposons de suffisamment de preuves du fait que la transmission du VIH a lieu entre les détenus: l'introduction ou l'accroissement du TEMP est justifiée, de même que le TEM pré-libération...³⁵⁰

L'entretien à la méthadone est un traitement médical indiqué pour les personnes dépendantes d'opioïdes, tant en prison qu'à l'extérieur. Le principe d'équivalence des soins médicaux devrait impliquer, à tout le moins, que les détenus qui recevaient de la méthadone avant leur incarcération continuent d'en recevoir en prison s'ils le désirent et si leur médecin le souhaite ou le décide.³⁵¹ De plus, là où le TEM constitue une option de traitement offerte aux personnes dépendantes des opioïdes à l'extérieur des prisons, il devrait l'être également en prison: en vertu du principe d'équivalence des soins médicaux, les détenus ont droit aux mêmes traitements que ceux offerts aux personnes hors de prison.

Recommandation 5.4

Les détenus qui recevaient un traitement d'entretien à la méthadone avant leur incarcération devraient toujours avoir la possibilité de le recevoir en prison. De plus, là où est disponible l'option de traitement à la méthadone pour les personnes dépendantes d'opioïdes hors de prison, elle devrait être aussi disponible dans les prisons.

En outre, les détenus dépendants d'opioïdes devraient disposer d'autres options de traitement, incluant des programmes de désintoxication à la méthadone avec prescription décroissante, qui devraient être offertes aux détenus sur une base régulière à l'admission.

Matériel de tatouage et perçage

La réponse du SCC aux recommandations du CESP et de PASAN sur les pratiques du tatouage et du perçage de la peau a été vivement critiquée comme «absurde» et irréaliste. Puisque ces deux activités ont cours en prison et comportent des risques élevés de transmission du VIH et d'autres agents infectieux, le matériel et les fournitures de tatouage devraient être classés sous la rubrique de matériel de «passe-temps et artisanat», et leur usage devrait être permis dans tous les établissements fédéraux et provinciaux.

Recommandation 5.5

Le matériel et les fournitures de tatouage et de perçage devraient être classés comme du matériel de «passe-temps et artisanat» et leur usage devrait être permis dans tous les établissements fédéraux et provinciaux.

Réaction à l'usage de drogue

Besoin d'une approche plus pragmatique

Les systèmes correctionnels fédéral et provinciaux doivent adopter une approche plus pragmatique à l'égard de l'usage de drogue, en reconnaissant que l'idée de prisons sans drogue n'est pas plus réaliste que l'idée d'une société sans drogue, et qu'à cause du VIH/sida et de l'hépatite C, ils ne peuvent plus se permettre de concentrer leurs efforts sur la réduction de la consommation de drogue comme objectif premier de leurs politiques sur la drogue. La réduction de l'usage de drogue est certes un objectif important, mais la réduction de la propagation du VIH et d'autres agents infectieux — en particulier l'hépatite C — est encore plus importante: sans action déterminée pour réduire la propagation de ces agents infectieux, on parviendra peut-être à réduire quelque peu les taux d'usage de drogue en prison, mais on se retrouvera avec beaucoup plus de détenus vivant avec le VIH/sida et/ou l'hépatite C et d'autres infections. Les systèmes correctionnels doivent à tout le moins coordonner leurs efforts en matière de VIH et d'usage de drogue, afin de s'assurer que tout programme entrepris pour réduire l'usage de drogue n'engendre pas d'augmentation de ses méfaits.

Programmes d'analyse d'urine

Les programmes d'analyse d'urine sont l'objet d'inquiétudes particulières: leur impact sur l'usage de drogue et sur les efforts pour prévenir la transmission du VIH, mais aussi leur rentabilité, devraient être évalués par des experts indépendants. À tout le moins, on devrait cesser la détection des traces de produits du cannabis, ce qui réduirait les coûts des

programmes d'analyse d'urine et assurerait que les détenus qui craignent cette détection n'échangent pas leur consommation relativement inoffensive de cannabis pour d'autres drogues plus nocives consommées par injection. Cette approche est déjà en vigueur, par exemple, dans les prisons de Suisse et d'Allemagne. Le directeur d'un établissement a en effet déclaré:

Je n'ai aucun doute sur le fait que ce serait une erreur de mener des tests pour l'usage de marijuana. Ces tests sont très coûteux, et les détenus pourraient aussi aller utiliser des drogues plus dangereuses et moins facilement détectables. Et, pour dire la vérité, l'usage de marijuana ne dérange pas vraiment le personnel. Il peuvent s'en accommoder, cela ne pose pas de problème. Il nous faut être pragmatiques et se concentrer sur le problème majeur, le sida.³⁵²

Traitement de la toxicomanie

Outre les programmes de désintoxication à la méthadone et d'entretien à la méthadone pour les détenus dépendants d'opioïdes, d'autres approches innovatrices de traitement devraient être offertes aux détenus. Par exemple, des unités «exemptes de drogue» ("drug-free wings") devraient être établies afin que les détenus qui ont la motivation de mettre un terme à leur usage de drogue puissent disposer d'un moyen plus concret d'y parvenir.

Recommandation 6

Les systèmes correctionnels fédéral et provinciaux doivent adopter une approche plus pragmatique à l'égard de l'usage de drogue en reconnaissant que, en raison du VIH/sida et de l'hépatite C, ils ne peuvent plus concentrer leurs efforts sur la réduction de la consommation de drogue comme objectif premier de leurs politiques sur la drogue: c'est un objectif important, mais la réduction de la propagation du VIH et d'autres agents infectieux — en particulier l'hépatite C — est encore plus importante.

Ils doivent à tout le moins coordonner leurs efforts en matière de VIH et d'usage de drogue; permettre que des experts indépendants évaluent les mesures actuelles d'éducation, de traitement et, là où ils ont cours, des programmes d'analyse d'urine; et offrir une plus grande diversité d'options de traitement aux détenus, incluant dans des unités ou prisons exemptes de drogue.

Éducation du personnel

On n'insistera jamais assez sur le besoin d'éducation continue à l'intention du personnel et des détenus. En tant que coordonnatrice du Projet de counselling des pairs sur le sida à l'établissement Dorchester, je suis consternée par l'absence de progrès dans la connaissance et les attitudes depuis l'arrivée de notre premier détenu séropositif, il y a neuf ans.³⁵³

Tel que le soulignait le CESP, l'éducation sur le VIH/sida est «le moyen le plus important de promouvoir et de protéger la santé du personnel et de prévenir la transmission du VIH et d'autres agents infectieux dans les établissements correctionnels fédéraux.»³⁵⁴ Le Groupe de travail national - Distribution d'eau de Javel et tests de dépistage anonymes du VIH ajoutait que tous les employés des services de santé de prisons ont besoin de formation sur le VIH/sida, l'hépatite, les diverses options de dépistage, le counselling pré-/post-test, et la confidentialité, et qu'une partie de cette formation devrait être prodiguée par des groupes communautaires et des personnes vivant avec le VIH/sida. De plus, la formation relative au VIH/sida devrait faire partie intégrante de la formation de base de tous les nouveaux employés, incluant les agents de correction. En particulier, il est nécessaire qu'ils apprennent à se comporter avec les détenus vivant avec le VIH/sida et à respecter leurs droits et leur dignité, qu'ils sachent qu'il n'y a pas de risque de transmission du VIH dans la plupart des contacts avec des détenus vivant avec le VIH/sida, et qu'ils comprennent l'importance du respect de la confidentialité.

Au surplus, tous les employés doivent recevoir de l'éducation sur la drogue, l'usage de drogue et le concept de réduction des méfaits; cette formation devrait être prodiguée au moins en partie par des groupes communautaires et des (ex-)utilisateurs de drogue.

Recommandation 7

7.1 Il est nécessaire de prodiguer au personnel de santé une formation continue sur le VIH/sida, les diverses options de dépistage, le counselling pré- et post-test, et la confidentialité; au moins une part de cette formation devrait être prodiguée par des groupes communautaires et des personnes vivant avec le VIH/sida.

Les programmes de formation devraient aussi inclure des séances sur l'hépatite, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses.

7.2 Il est nécessaire que la formation sur le VIH/sida, l'hépatite, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses devienne partie intégrante de la formation de base de tous les employés de prison, incluant les agents de correction. En particulier, le personnel devrait apprendre à se comporter avec des détenus vivant avec le VIH/sida et à respecter leurs droits et leur dignité, savoir qu'il n'y a pas de risque de transmission du VIH dans la

plupart des contacts avec des détenus vivant avec le VIH/sida, et comprendre l'importance du respect de la confidentialité des renseignements médicaux; au moins une part de cette formation devrait être prodiguée par des groupes communautaires et des personnes vivant avec le VIH/sida.

7.3 Il est nécessaire que tous les employés soient éduqués sur la drogue, l'usage de drogue et le concept de réduction des méfaits; au moins une part de cette formation devrait être prodiguée par des groupes communautaires et des (ex-)usagers de drogue.

Mesures de protection du personnel

Le CESP a dressé une longue liste de recommandations visant à assurer la sécurité du personnel d'établissements correctionnels, incluant une meilleure éducation des employés et la vérification régulière de l'accès au matériel et à l'équipement de prévention, et de leur utilisation. Les employés de prisons présents au Premier Atelier VIH/sida et prisons (Kingston, 1995) étaient en faveur de ces recommandations et exhortaient le SCC à les appliquer. Ils étaient en outre d'accord pour dire que les mesures visant à réduire la transmission du VIH entre détenus sont également à l'avantage du personnel.

Il sera crucial de continuer à s'assurer que le milieu de travail des employés de prison soit sécuritaire. Dans ce contexte, les employés sont dûment inquiets de la surpopulation d'établissements et des effectifs insuffisants qui — plutôt que les mesures de prévention de la transmission du VIH en prison — constituent des menaces réelles à leur sécurité. Le SCC et les systèmes correctionnels provinciaux devront tenir compte des inquiétudes des employés sur ces plans.

En ce qui concerne l'introduction de mesures pour prévenir la propagation du VIH dans les prisons: le personnel doit être impliqué dès le début dans la planification et l'application de ces mesures, afin que ses inquiétudes en matière de sécurité fassent l'objet d'une considération de premier niveau dans leur élaboration.

Recommandation 8

8.1 Il est nécessaire que les systèmes correctionnels continuent de s'assurer de l'accès du personnel au matériel et à l'équipement de protection, et de leur utilisation.

8.2 Les inquiétudes du personnel quant à la surpopulation et au manque

d'effectifs dans les établissements doivent être prises en compte par les systèmes correctionnels fédéral et provinciaux: la surpopulation et le manque d'effectifs — non pas les mesures de prévention de la transmission du VIH — constituent la vraie menace à leur sécurité.

8.3 Il est nécessaire d'impliquer dès le début le personnel dans la planification et l'application des mesures de prévention de la transmission du VIH et d'autres agents infectieux en prison, afin d'assurer que ses inquiétudes en matière de sécurité fassent l'objet d'une considération de premier niveau dans leur élaboration.

Soins de santé

Les détenus ont le droit de recevoir des soins médicaux répondant à la même norme de base que dans la communauté.³⁵⁵

La plupart des services de santé de prisons font de leur mieux pour offrir les meilleurs soins possibles aux détenus qui vivent avec le VIH/sida, et ces derniers sont souvent référés à des spécialistes de l'extérieur pour des soins et diagnostics spécifiques à l'infection à VIH. Toutefois, les témoignages de certains détenus au présent projet mentionnaient qu'ils reçoivent des soins et traitement médicaux d'une qualité considérablement inférieure à celle reçue avant l'incarcération ou avant leur transfèrement dans leur établissement actuel.

De plus, un certain nombre d'autres inquiétudes ont été soulevées, dont (1) une augmentation marquée du nombre de détenus malades — les prisons ne sont pas outillées pour prendre soin de détenus dont l'état requiert des soins ou traitements soutenus ou à long terme; (2) la difficulté d'obtenir des narcotiques régulièrement administrés contre la douleur à des patients hors des prisons — en prison, ces narcotiques sont souvent refusés même aux détenus qui éprouvent une douleur intense; et (3) la difficulté d'accès aux thérapies alternatives et aux médicaments qui sont au stade d'essais cliniques, en dépit de la promesse du SCC, dans sa réponse au rapport final du CESP, de faciliter l'accès des détenus aux traitements spécialisés ou expérimentaux. En ce qui concerne plus spécifiquement les détenus vivant avec le VIH/sida, des répondants au *Document de travail* ont recommandé (1) que l'on assure aux détenus l'accès facile au Réseau d'information sur le traitement VIH/sida;³⁵⁶ et (2) que les stratégies de promotion de la santé qui préviendraient ou ralentiraient la progression du VIH ou du sida — telles une alimentation adéquate, des vitamines, de l'exercice physique régulier, une ventilation adéquate, etc. — fassent l'objet d'une attention particulière:

De telles initiatives donnent aux détenus séropositifs de meilleures chances de demeurer plus longtemps en santé, et devraient être considérées comme un droit plutôt qu'un privilège. Le

personnel doit être éduqué sur l'importance de ces stratégies.³⁵⁷

De manière générale, les répondants ont laissé entendre que l'un des principaux problèmes concernant les soins de santé réside dans le fait qu'ils ne sont pas proactifs, ni ne mettent l'emphase sur le dépistage précoce, la prévention et la promotion de la santé, mais plutôt sur l'intervention «après coup», qui prend la forme d'un système de déclaration quotidienne de malaises.

Recommandation 9

9.1 Il est nécessaire que soient amorcés, dans les prisons fédérales et provinciales, des efforts pour assurer que les détenus reçoivent des soins, des traitements et du soutien équivalents à ceux offerts à l'extérieur. Ceci inclut notamment:

(1) s'assurer que les détenus souffrants ont la même possibilité que les autres citoyens de se voir administrer des narcotiques d'usage régulier pour le soulagement de la douleur;

(2) permettre aux détenus un accès normal aux médicaments en essais cliniques ou aux thérapies alternatives;

(3) s'assurer que les détenus aient un accès égal au Réseau d'information sur le traitement VIH/sida;

(4) mettre l'accent sur des stratégies de promotion de la santé pour tous les détenus, mais en particulier pour les détenus vivant avec le VIH/sida, afin de ralentir la progression de leur maladie;

(5) s'assurer que les plaintes de tout détenu, concernant des lacunes dans les soins de santé ou l'accès au soutien et au traitement dans tout établissement, soient adéquatement prises en compte et réglées;

(6) évaluer, en consultation avec des experts de l'extérieur, les services de santé de chaque établissement afin d'assurer que l'expertise requise pour les soins médicaux, le soutien et le traitement des détenus vivant avec le VIH/sida soient disponibles, accessibles et efficaces.

9.1 À plus long terme, il est nécessaire que l'approche des systèmes correctionnels en matière de santé évolue, d'un système de déclaration quotidienne de malaises, vers un système proactif favorisant le dépistage précoce, la prévention et la promotion de la santé.

Libération pour des raisons humanitaires

Il existe un besoin de directives claires sur la manière de traiter les demandes de libération anticipée en raison du VIH. Actuellement, les demandes sont traitées cas par cas, sans constance.³⁵⁸

Tel que mentionné dans le *Document de travail*,

[à] l'atelier de Kingston, il a été question de détenus qui sont en train de mourir en prison ou qui sont libérés tout juste à la veille de leur mort. On doit faire davantage pour assurer que les détenus souffrant de maladies évolutives qui peuvent être mortelles, s'ils ne présentent pas de menace pour la sécurité du public, soient libérés plus tôt dans le cours de leur maladie.³⁵⁹

Le président de la Commission nationale des libérations conditionnelles a répondu que:

la recommandation du rapport du CESP qui concerne directement la Commission est celle qui demande au SCC de «recommander normalement à la Commission la libération de détenus souffrant d'une maladie évolutive qui peut être mortelle, y compris du sida, plus tôt au cours de leur maladie, avant qu'ils ne soient en phase terminale, dans la mesure où ils ne représentent pas une menace pour la sécurité du public». Je suis bien conscient du fait que le SCC a accepté cette recommandation et je note la recommandation de la page 59 [55 de la version française] de votre document de travail comme quoi il faut faire davantage pour assurer que cette recommandation soit appliquée. Nous avons travaillé en contact étroit avec le SCC, et continuerons de le faire, pour assurer qu'autant de détenus que possible soient adéquatement préparés et libérés à temps.³⁶⁰

Recommandation 10

Il est nécessaire d'amorcer des efforts soutenus pour assurer que les détenus souffrant d'une maladie évolutive qui peut être mortelle, incluant le sida, soient libérés de prison plus tôt dans le cours de leur maladie, avant de n'être en phase terminale, s'ils ne constituent pas une menace à la sécurité du public. Ceci devrait inclure — sans s'y limiter — l'éducation de tous les intervenants impliqués dans des décisions touchant la libération anticipée, au sujet de la position adoptée par le SCC en réponse au rapport du CESP.

Femmes détenues

Des programmes efficaces d'éducation et de prévention ciblant spécifiquement les femmes détenues doivent être élaborés, appliqués et évalués.³⁶¹

Dans son rapport final, le CESP reconnaissait les inquiétudes et les besoins spécifiques des femmes détenues en rapport avec le VIH et le sida, et il recommandait:

- (1) que le SCC s'assure d'implanter à l'intention des femmes détenues des programmes d'éducation et de prévention, incluant de l'information sur la grossesse et la transmission du VIH de la mère à l'enfant, sur les problèmes de santé des femmes et sur le risque de transmission du VIH et d'autres agents infectieux par le biais d'activités sexuelles;
- (2) que le SCC s'assure d'implanter des programmes qui aideront les femmes détenues à se donner des moyens et à réduire leur vulnérabilité face aux abus en général, et en particulier à l'infection à VIH et à l'usage de drogue;
- (3) que le SCC s'assure que la communauté et les détenues contribuent à ces programmes;
- (4) que le SCC s'assure que les détenues enceintes aient accès à du counselling et à du soutien adéquats.

Tel que souligné dans le *Document de travail*, peu a été fait — voire rien du tout — relativement à ces recommandations, quoique le SCC les ait acceptées dans sa réponse officielle au rapport du CESP. Ce manque d'action a été sévèrement critiqué par les répondants au *Document de travail* et les participants du Premier atelier national VIH/sida et prisons (Kingston), qui ont insisté sur le besoin de programmes d'éducation et de prévention conçus spécialement à l'intention des détenues, et qui s'accordaient à dire que, de manière générale, la société et les systèmes correctionnels ne répondent pas aux besoins des femmes dans les prisons du Canada.

Recommandation 11

Il est nécessaire que les systèmes correctionnels fédéral et provinciaux entreprennent immédiatement le développement et l'application de programmes efficaces d'éducation et de prévention à l'intention spécifique des détenues.

Détenus autochtones

Comme pour les femmes, on observe un manque d'action à l'égard des besoins des détenus autochtones. Les préoccupations subsistent également quant au phénomène d'hyperincarcération d'autochtones dans les prisons provinciales et fédérales. Dans son rapport final, le CESP avait recommandé:

- (1) que le SCC s'assure que, tel que le stipule sa politique, les détenus autochtones aient accès à des guérisseurs traditionnels ainsi qu'à des cérémonies de guérison et des médecines traditionnelles;
- (2) que des programmes d'éducation et de prévention soient développés pour répondre aux besoins spécifiques des détenus autochtones;
- (3) que des groupes autochtones et des aînés ou guérisseurs soient incités à prodiguer ces programmes;
- (4) que le SCC, en collaboration avec Santé Canada et d'autres intervenants, financent des groupes autochtones et des aînés ou guérisseurs afin qu'ils prodiguent cette éducation;
- (5) que, compte tenu du fait que l'éducation par les pairs s'est avérée l'un des moyens les plus efficaces d'éduquer les gens sur le VIH/sida, les détenus autochtones soient incités et assistés à développer leurs propres programmes d'éducation, de counselling et de soutien des pairs.

Recommandation 12

Il est nécessaire que les systèmes correctionnels fédéral et provinciaux entreprennent immédiatement le développement et l'application de programmes efficaces d'éducation et de prévention à l'intention spécifique des détenus autochtones.

Jeunes contrevenants

Il y a beaucoup de recherche à faire en ce qui concerne les jeunes dans les établissements.³⁶²

Plusieurs jeunes contrevenants sont exposés à un risque élevé de contracter le VIH, mais les systèmes correctionnels provinciaux font peu pour réduire ce risque. En réaction à cette situation, PASAN a présenté une stratégie globale sur le VIH/sida pour les jeunes contrevenants, qui contient de nombreuses recommandations visant à réduire le risque de propagation du VIH et d'autres agents infectieux entre jeunes contrevenants.

Recommandation 13

Les recommandations de la Stratégie globale de PASAN sur le VIH/sida pour les jeunes contrevenants devraient être appliquées.

Politiques en matière de drogue

À mon avis, nous devons continuellement souligner le besoin de modifier la manière dont les lois canadiennes abordent les usagers de drogue. La condamnation à l'emprisonnement pour les usagers de drogue «non violents» n'est de toute évidence pas la solution. Des programmes efficaces de réduction des méfaits et de traitement se sont avérés, et continueront de constituer, les seuls moyens viables de faire face à l'usage de drogue.³⁶³

Plusieurs des problèmes liés au VIH/sida dans les prisons résultent des politiques canadiennes en matière de drogue qui, plutôt que de procurer aux usagers de drogue des traitements, des soins et du soutien fort nécessaires, criminalisent leur comportement et en envoient un grand nombre en prison. Les coûts financiers et humains entraînés par ces politiques sont énormes, et les prisons se retrouvent aux prises avec un lourd problème que la société ne réussit pas à affronter et face auquel les systèmes carcéraux sont eux-mêmes encore moins bien outillés. Comme l'a indiqué l'OMS, les gouvernements auraient peut-être intérêt à réexaminer leurs politiques d'admission pénale, spécialement dans le cas des utilisateurs de drogue, à la lumière de l'épidémie du sida et de ses répercussions dans les prisons.³⁶⁴ En effet, tel que soulignait le CESP,³⁶⁵ la réduction du nombre d'utilisateurs de drogue incarcérés doit faire l'objet d'une priorité immédiate. Bon nombre des problèmes causés par l'infection à VIH et la consommation de drogue en milieu carcéral pourraient être réduits si l'on développait et appliquait des solutions de rechange à l'incarcération, en particulier dans le cas de crimes liés à la drogue.

Recommandation 14

La réduction du nombre d'utilisateurs de drogue incarcérés doit faire l'objet d'une priorité immédiate. Afin de réduire les problèmes créés par le VIH,

d'autres agents infectieux, et l'usage de drogue en prison, il est nécessaire de développer et d'offrir des alternatives autres que l'emprisonnement, particulièrement dans le contexte de crimes liés à la drogue.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

³²⁹ Commission des Nations Unies sur les Droits de la personne (52e session, item 8 de l'agenda). HIV/AIDS in Prisons — déclaration du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), Genève, avril 1996.

³³⁰ N. Gilmore, notes de discours à la conférence de presse sur *Le VIH/SIDA en milieu carcéral: Rapport final du Comité d'experts sur le SIDA et les prisons*, (Ottawa, 24 mars 1994), Montréal, Centre de médecine, d'éthique et de droit de l'Université McGill, 1994.

³³¹ Voir R. Jürgens, J. Barnett, «Résultats du Premier atelier national VIH/sida et prisons», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1995, 2(1): 19-21.

³³² Déclaration de l'ONUSIDA, *supra*, note 329.

³³³ Communication en date du 4 décembre (en dossier).

³³⁴ Réponse de P. Orr, B. Vander Vliet au *Document de travail*, en date du 31 janvier 1996.

³³⁵ Réponse de C. Archibald au *Document de travail*, en date du 17 juin 1996.

³³⁶ Voir *supra*, note 94 et suivantes.

³³⁷ Voir *supra*, note 146 et suivantes.

³³⁸ Voir *supra*, note 114 et suivantes.

³³⁹ Réponse de Taylor et Bovair au *Document de travail*, *supra*, note 52.

- 340 R. Jürgens, N. Gilmore, «Communication de renseignements médicaux sur les détenus: Analyse juridique et éthique», dans *Le VIH/SIDA en milieu carcéral: Documentation, supra*, note 15, p. 141-162, à la p. 162.
- 341 Réponse de C. Ploem au *Document de travail, supra*, note 43.
- 342 Réponse de C. Ventura au *Document de travail*, en date du 12 février 1996.
- 343 Déclaration de l'ONUSIDA, *supra*, note 329.
- 343a L. Calzavara et coll., «Inmates' Views on Harm Reduction Tools in Canadian Prisons», XIe Conférence internationale sur le sida, Vancouver, abrégé no Mo.D.1845.
- 344 M. Linhart, *supra*, note 45, à la p. 29.
- 345 Réponse de G.R. MacDonald au *Document de travail*, en date du 22 janvier 1996.
- 346 Réponse de Taylor et Bovair au *Document de travail, supra*, note 52.
- 347 Nichol, 1995, *supra*, note 26.
- 348 *Le VIH/SIDA en milieu carcéral: Documentation, supra*, note 12, à la p. 109.
- 349 Mahon, *supra*, note 110.
- 350 Dolan et Wodak, *supra*, note 211, aux p. 92-94.
- 351 Réponse de S. Gore au *Document de travail, supra*, note 236; *Abschlußbericht, supra*, note 70, à la p. 73.
- 352 Communication personnelle avec M. Fäh, directeur de l'Établissement de Oberschöngrün, en date du 1 mars 1996.
- 353 Réponse de O. LeBlanc Pellerin au *Document de travail, supra*, note 146.
- 354 Rapport final du CESP, *supra*, note 15, à la p. 106.
- 355 Déclaration de l'ONUSIDA, *supra*, note 329.

356 Réponse de T. de Bruyn au *Document de travail*, en date du 7 mars 1996.

357 Réponse de L. Ferguson au *Document de travail*, en date du 30 janvier 1996.

358 *Ibid.*

359 *Document de travail*, *supra*, note 1.

360 Réponse de W. Gibbs au *Document de travail*, en date du 25 janvier 1996.

361 Réponse de C. Ploem au *Document de travail*, *supra*, note 43.

362 Réponse de S. Scott au *Document de travail*, en date du 27 février 1996.

363 Réponse de C. Ploem au *Document de travail*, *supra*, note 43.

364 OMS, 1987, *supra*, note 13.

365 *Le VIH/SIDA en milieu carcéral: Rapport final*, *supra*, note 12, à la p. 7.

VIH/sida et prisons: rapport final

Préparé par Ralf Jürgens

© Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, Montréal, 1996

ISBN 1-896735-05-3

CONCLUSION

Les détenus sont un auditoire absolument captif. Il est possible d'appliquer au sein d'un tel public des programmes efficaces de prévention et de soins du VIH. Mais une volonté politique, des connaissances et des ressources sont requises. L'ONUSIDA incite les gouvernements à s'occuper d'une manière exhaustive et sans discrimination des besoins des détenus.³⁶⁶

Si les autorités gouvernementales et carcérales ne donnent pas suite aux recommandations du CESP et de PASAN, les tribunaux – ou une commission analogue à celle qui examine actuellement la fiabilité du système canadien de banque de sang – devront peut-être un jour examiner pourquoi on a fait trop peu pour prévenir la transmission du VIH en prison alors que tout le monde était bien conscient de l'ampleur des risques et savait pertinemment quelles mesures pouvaient les réduire.³⁶⁷

Nous ne saurions tolérer la transmission de l'infection à VIH ou de toute autre maladie grave. Étant donné que nous ne pouvons que restreindre l'introduction de drogue et non la supprimer, nous nous sentons responsables de fournir au moins des seringues stériles aux détenus. L'ambivalence de notre mandat aboutit à une contradiction avec laquelle il nous faut vivre.³⁶⁸

Même si la prévalence du VIH parmi les détenus au Canada est d'au moins 10 fois supérieure à celle du reste de la population, nous sommes encore loin de faire le nécessaire pour prévenir la propagation du VIH en prison et d'offrir aux détenus vivant avec le VIH/sida des traitements, du soutien et des soins adéquats. Les systèmes correctionnels provinciaux et fédéral ont entrepris quelques pas dans la bonne direction et l'on ne peut nier le fait que la situation relative VIH/sida dans les prisons du Canada s'est améliorée au cours des récentes années. Toutefois, plusieurs des recommandations du CESP et de PASAN — incluant certaines avec lesquelles le SCC s'était prononcé en accord — n'ont pas été appliquées, en

conséquence de quoi les vies des détenus, des employés de prison et des membres de la population en général sont mises en danger.

Afin de remplir leurs obligations morales et légales, les systèmes correctionnels fédéral et provinciaux doivent reconsidérer leur réaction (ou leur inaction) aux recommandations qui ont été formulées, et appliquer une stratégie à long terme qui fasse face aux nombreux problèmes soulevés par le VIH/sida et l'usage de drogue — plutôt que de s'en tenir à l'approche décousue qui a cours actuellement, où priment un manque de coordination, d'engagement, d'inspiration et de vision.

Ils devront également adopter une approche pragmatique face à la consommation de drogue dans les prisons. Tel qu'indiqué dans un rapport écossais sur ce sujet, «l'idée de prisons sans drogue ne semble pas plus réaliste que l'idée d'une société sans drogue» et «la stabilité serait peut-être en fait plus accessible si l'on allait plus loin que ce concept.»³⁶⁹ Contrairement à ce que certains croient, le fait d'offrir aux détenus les moyens de se protéger contre la transmission du VIH n'équivaut pas à fermer les yeux sur l'usage de drogue en prison. C'est plutôt une action fondée sur le pragmatisme, reconnaissant que le besoin de protéger la santé des détenus doit constituer l'objectif premier des politiques carcérales en matière de drogue. D'ailleurs, l'introduction de mesures de réduction des méfaits n'entre pas en contradiction avec l'objectif de réduire la consommation de drogue en prison: la disponibilité d'aiguilles stériles n'a pas entraîné de hausse de l'usage de drogue, mais elle a réduit la transmission du VIH et d'autres agents infectieux entre UDI.³⁷⁰ De la même manière, la fourniture de méthadone à certains UDI ne signifie pas qu'on oublie l'objectif ultime de les aider à abandonner la consommation: c'est plutôt une reconnaissance du fait que ceci demande davantage de temps pour certaines personnes, qui ont besoin d'une option qui permette de rompre le cycle drogue-crime, de réduire leur contact avec le marché noir, de prendre contact avec des services dont elles ont besoin et de réduire leur risque de contracter le VIH.

À l'extérieur des prisons, les mesures de réduction des méfaits, telles l'échange de seringues et les programmes d'entretien à la méthadone, ont été introduites parce qu'on a compris qu'elles sont nécessaires pour le bien de tous, et pour protéger les utilisateurs de drogue et la société en général contre la propagation du VIH. Ceci a été reconnu par les forces policières de bien des pays, incluant le Canada, qui, en poursuivant leur lutte contre la drogue, permettent et encouragent même l'échange d'aiguilles et d'autres mesures de réduction des méfaits. Tel que déclaré par monsieur Derek O'Connell, chef de l'Escouade anti-drogue de la Police de Merseyside:

Notre rôle, en tant que policiers, est entre autres de protéger la vie. En ce qui concerne la drogue, il s'agit pour nous de protéger la vie autant que d'appliquer la loi. Il est évident que nous devons rejoindre les personnes qui s'injectent de la drogue et leur fournir l'aide dont elles ont besoin, mais en même temps, nous devons essayer de les maintenir en santé puisque, en tant qu'agents de police,

nous sommes également à leur service.... Il existe des traitements pour guérir les toxicomanies, mais il n'existe encore aucun traitement pour guérir le sida.³⁷¹

De toute évidence, les systèmes correctionnels sont aussi moralement et légalement responsables de faire tout en leur possible pour prévenir la propagation de maladies infectieuses entre détenus, au personnel et à la population en général, et de prendre soin des détenus vivant avec le VIH et d'autres agents infectieux. À l'heure actuelle, ils ne remplissent pas cette responsabilité parce qu'ils ne font pas tout ce qui est en leur possible: des mesures appliquées avec succès à l'extérieur des prisons avec l'accord et le soutien financier des gouvernements, telles la fourniture de matériel d'injection stérile et de programmes d'entretien à la méthadone pour les UDI, ne sont pas adoptées dans les prisons canadiennes même si des systèmes correctionnels d'autres pays les ont introduites avec succès et avec le soutien des détenus, du personnel, des administrations de prisons, des politiciens et du public.

Il reste à espérer que les gouvernements et systèmes correctionnels au Canada agiront sans que les détenus doivent avoir recours à des actions en justice pour les tenir responsables des méfaits résultant du refus de fournir les moyens préventifs adéquats. Même s'ils sont derrière les barreaux, les détenus continuent de faire partie de nos communautés et d'avoir droit à la même qualité de soins et de protection que les gens de l'extérieur: ils sont condamnés à l'incarcération et non à contracter des infections. Ceci vient d'être mis en relief de nouveau, en avril 1996, dans la déclaration du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) devant la Commission des Nations Unies sur les droits de la personne:

[E]n entrant en prison, les détenus sont condamnés à l'emprisonnement pour leurs crimes; ils ne devraient pas être condamnés au VIH/sida. Il ne fait aucun doute que les gouvernements ont une responsabilité morale et légale de prévenir la propagation du VIH parmi les détenus et les employés, et de prendre soin de ceux qui vivent avec le VIH/sida. Ils ont aussi une responsabilité de prévenir la propagation du VIH dans les communautés. Les détenus font partie de la communauté; ils en viennent et y retournent. Protéger les détenus, c'est protéger nos communautés.³⁷²

Si les gouvernements et les systèmes correctionnels ne prennent pas les mesures appropriées, ils risquent de se voir jugés comme irresponsables et moralement négligents de la bonne garde des détenus. Tel que l'a affirmé le juge Kirby, nous devons ceci aux détenus et à toute la société; il faut protéger les détenus contre l'infection en prison:

Il faut pour cela prendre des mesures radicales avant qu'il ne soit trop tard.... Il est inacceptable qu'une personne soit infectée pendant que la société en a la garde parce que cette personne n'a pas accès à des moyens immédiats de se protéger et parce que la société a choisi de lui tourner le dos. En tant que société, nous devons prendre toutes les mesures qui s'imposent pour protéger les agents

de prison et les détenus. En les protégeant, nous protégeons la société.³⁷³

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

³⁶⁶ Déclaration de l'ONUSIDA, *supra*, note 329.

³⁶⁷ R. Jürgens, J. Barnett, *supra*, note 331, à la p. 21.

³⁶⁸ M. Lachat, dans *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1994, 1(1): 2.

³⁶⁹ Voir *supra*, note 168, à la p. 24.

³⁷⁰ Voir par exemple, Centers for Disease Control and Prevention, *The Public Health Impact of Needle Exchange Programs in the United States and Abroad. Summary, Conclusions and Recommendations*, les Centres, septembre 1993, aux p. iii-vii; A. Wodak, «Prevention Works! Effectiveness of Prevention of HIV Spread among Injection Drug Users», *International AIDS Society Newsletter*, 1996, 5: 12-13.

³⁷¹ Voir Riley, «La consommation de drogues dans les prisons», dans *Le VIH/SIDA en milieu carcéral: Documentation*, *supra*, note 15, à la p. 174.

³⁷² Déclaration de l'ONUSIDA, *supra*, note 329.

³⁷³ M. Kirby, "WHO Global Commission, AIDS Recommendations and Prisons in Australia", dans J. Norberry, M. Gaughwin, S.A. Gerull (éds), *No4 HIV/AIDS and Prisons Conference Proceedings*, 1991, aux p.7, 19.

VIH/sida et prisons: rapport final

Préparé par Ralf Jürgens

© Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, Montréal, 1996

ISBN 1-896735-05-3

BIBLIOGRAPHIE

Articles, abrégés et textes

Anderson, J., «Sida et morts par surdose en Colombie-Britannique», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1996, 2(3): 1, 28-29.

Bertrand, D., Harding, T., «European Guidelines on Prison Health», *The Lancet*, 1993, 342: 253-254.

Bird, A.G., et coll., «Anonymous HIV Surveillance with Risk Factor Elicitation at Scotland's Largest Prison, Barlinnie», *AIDS*, 1995, 9: 801-808.

Blix, O., Grondbladh, L., «AIDS and the IV Heroin Addicts: The Preventive Effects of Methadone Maintenance in Sweden», *Drug and Alcohol Dependence*, 7: 249-256.

Bloom, G., «Prisoners Sue for Condoms - Court Battle Continues», *HIV/AIDS Legal Link* [Australie] 1994, 5(3): 12-13.

Bloom, G., «The Community Policy: Prisons and Blood Borne Communicable Diseases», *HIV/AIDS Legal Link* [Australie], 1995, 6(2): 14-15.

Brewer, T.F., et coll., «Transmission of HIV-1 Within a Statewide Prison System», *AIDS*, 1988, 2(5): 363-367.

Brown, P., cité dans Zinn, C., «Australia: Climbing the Political Agenda», *British Medical Journal*, 1995, 310(6975): 279.

Burrows, D., «Needle and Syringe Exchange in Swiss Prisons», *HIV/AIDS Legal Link* [Australie], 1995, 6(1): 14.

- Burrows, D., «Needle Exchange in Prison: the Next Step», *HIV/AIDS Legal Link* [Australie], 1996, 7(1), 14-15.
- Calzavara, L. et coll., «Inmates' Views on Harm Reduction Tools in Canadian Prisons», XIe Conférence internationale sur le sida, Vancouver, abrégé no Mo.D.1845.
- Caplehorn, J.R.M., «Retention in Methadone Maintenance and Heroin Addicts' Risk of Death», *Addiction*, 1994, 89: 203-207.
- Castro et coll., «Transmission in Correctional Facilities», texte présenté à la VIIe Conférence internationale sur le sida, Florence, 16-21 juin 1991.
- Christie, B., «Scotland: Learning from Experience», *British Medical Journal*, 1995, 310(6975): 279
- Commentaire, «AIDS behind Bars: Prison Responses and Judicial Deference», *Temple Law Review*, 1989, 62: 327-354, à la p. 354.
- Coughlin, «AIDS in Prisons: One Correctional Administrator's Recommended Policies and Procedures», *Judicature*, 1988, 72: 63.
- Crofts, N., Stewart, T., et coll., «Spread of Bloodborne Viruses among Australian Prison Entrants», *British Medical Journal*, 1995, 310(6975): 285.
- Des Jarlais, D., et coll., «International Epidemiology of HIV and AIDS among Injecting Drug Users», *AIDS*, 1992, 6: 1053-1068.
- Dolan, K., et coll., «Drug Injectors in Prisons and Community in England», *The International Journal of Drug Policy*, 1993, 4(4): 179-183.
- Dolan, K., Hall, W., et coll., «Letter to the Editor: Evidence of HIV Transmission in an Australian Prison», *Medical Law Journal of Australia* 1994, 160: 734.
- Dolan, K., et coll., «AIDS Behind Bars: Preventing HIV Spread Among Incarcerated Drug Injectors», *AIDS*, 1995, 9(8): 825-832.
- Dolan, K., Wodak, A., «An International Review of Methadone Provision in Prisons», *Addiction Research*, 1996, 4(1): 85-97.
- Dolan, K., et coll., «Methadone Maintenance Reduces Injecting in Prison», *British Medical Journal*, 1996, 312: 1162.
- Dolan, K., et coll., «A Network of HIV Infection among Australian Inmates», XIe Conférence internationale sur le sida, Vancouver, 7-11 juillet 1996, abrégé no We. D.3655.

Dolan, K., et coll., «HIV Risk Behaviour of IDUs before, during and after Imprisonment in New South Wales», *Addiction Research* (à paraître).

Dolan, K., Evidence of HIV Transmission in Prison (à paraître).

Dole, V.P., «Methadone Treatment of Randomly Selected Criminal Addicts», *The New England Journal of Medicine*, 1969, 280(25): 1372-1375.

Dubler, N., et coll., «Management of HIV Infection in New York State Prisons», *Columbia Human Rights Law Review*, 1990, 21: 363.

Dufour, A., et coll., «HIV Prevalence Among Inmates of a Provincial Prison in Québec City», *Journal canadien des maladies infectieuses*, 1995, 6(suppl. B): 31B.

Éditorial, «Prison System Guilty of AIDS Complacency», *The Vancouver Sun*, 2 avril 1994, p. A18.

Éditorial, «Prisoners Sue for the Right to Condoms», *HIV/AIDS Legal Link* [Australie], 1994, 5(1): 1.

Elliott, R., Droit constitutionnel des détenus à des aiguilles stériles et à de l'eau de Javel; dans Jürgens, R., VIH/sida et prisons: rapport final, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1996, annexe 2.

Fennie, K.P. et coll., «Hepatitis C Prevalence and Incidence in a Cohort of HIV+ and HIV- Female Prisoners», XIe Conférence internationale sur le sida, Vancouver, 7-11 juillet 1996, abrégé no Tu. C.2655.

Ford, P.M., White, C., et coll., «Séroprévalence de l'hépatite C dans un pénitencier fédéral pour femmes au Canada», *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 21(14): 132-134.

Ford, S., «Soins de santé pour les détenus vivant avec le VIH/sida», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1995, 2(1): 29-30.

Gore, S.M., «Drug Injection and HIV Prevalence in Inmates of Glenochil Prison», *British Medical Journal*, 1995, 310: 293-296.

Gore, S.M., Bird, A.G., «No Escape: HIV Transmission in Jail», *British Medical Journal*, 1993, 307: 147-148.

Gore, S.M., Bird, A.G., «Transmission of HIV in Prisons», *British Medical Journal*, 1993, 307: 681.

Gore, S.M., Bird, A.G., «Mandatory Drug Testing in UK Prisons: Cost Implications & Use as Performance Indicators for Prisons», XIe Conférence internationale sur le sida, Vancouver, 7-11 juillet 1996, abrégé no We. C.3571.

- Gostin, J.D., «The AIDS Litigation Project, A National Review of Court and Human Rights Commissions Decisions, Part I: The Social Impact of AIDS», *Journal of the American Medical Association*, 1990, 263: 1967.
- Gottheil, E., et coll., «Diminished Illicit Drug Use as a Consequence of Long-Term Methadone Maintenance», *Journal of Addictive Diseases*, 1993, 12(4): 45.
- Hall, W., et coll., «Methadone Maintenance Treatment in Prisons: The New South Wales Experience», *Drug and Alcohol Review*, 1993, 12: 193-203.
- Hankins, C., et coll., «Prior Risk Factors for HIV Infection and Current Risk Behaviours Among Incarcerated Men and Women in Medium-Security Correctional Institutions - Montréal», *Journal canadien des maladies infectieuses*, 1995, 6(suppl. B): 31B.
- Harding, T.W., «Communicable Diseases in Prisons with Special Reference to AIDS», 8th Conference of Directors of Prison Administrations (CPAP), Strasbourg, 2-5 juin 1987, Strasbourg: Conseil de l'Europe, 1988.
- Harding, T.W., Schaller, G., «HIV/AIDS Policy for Prisons or for Prisoners?»; dans Mann, J.M., Tarantola, D.J.M., Netter, T.W. (éds), *AIDS in the World*, Cambridge, MA, Harvard University Press, 1992: 761-769.
- Hernandez, R. et coll., «Drug-Addiction and AIDS in Prison Populations», XIe Conférence internationale sur le sida, Vancouver, 7-11 juillet 1996, abrégé no Pub. D.1411
- Herzog, C., et coll., «Methadone Substitution as an AIDS-Preventive Measure in Prison Environment», texte présenté au Symposium européen sur la toxicomanie et le sida, Siena, Italie, 4-6 octobre 1993.
- Hess, H., «Reforms to Prison System Announced», *The Globe and Mail*, 5 juin 1996, p. A8.
- Jeanmonod, R., et coll., «Treatment of Opiate Withdrawal on Entry to Prison», *British Journal of Addiction*, 1991, 86(4): 457-463.
- Jürgens, R., «International Legal Standards for AIDS-Prevention Work in Prisons», présentation au séminaire AIDS and Detention, Amsterdam, 8 février 1991.
- Jürgens, R., Gilmore, N., «Communication de renseignements médicaux sur les détenus: Analyse juridique et éthique»; dans *Le VIH/SIDA en milieu carcéral: Documentation*, Ottawa, Ministre des Approvisionnement et Services Canada, 1994, p. 127-145.
- Jürgens, R., «Australie: des prisonniers poursuivent pour avoir droit au condom», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1994, 1(1): 6.

- Jürgens, R., «La prévention du VIH prise au sérieux: remise de seringues dans une prison suisse», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1994, 1(1): 1-3.
- Jürgens, R., «Preuves inquiétantes de la transmission du VIH dans les prisons», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1995, 1(2): 2-3.
- Jürgens, R., «Australie: suivi de l'affaire des condoms dans les prisons», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1995, 1(3): 3.
- Jürgens, R., «Des prisons allemandes adoptent aussi l'échange d'aiguilles», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1996, 2(2): 20.
- Jürgens, R., «Australie — Échange de seringues en prison», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1996, 2(3): 17-18.
- Jürgens, R., «Échange de seringues en prison: un survol», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1996, 2(4): 1, 38-40.
- Jürgens, R., Barnett, J., «Résultats du Premier Atelier national VIH/sida et prisons», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1995, 2(1): 19-21.
- Kane, S., Dotson, J., HIV Risk in Rural Indiana Jails (manuscrit d'octobre 1995, à paraître).
- Kennedy, M., «Prison Discrimination Case Continues», *HIV/AIDS Legal Link* [Australie], 1995, 6(2): 12.
- Keppler, K., Nolte, F., Stöver, H., «Transmission of Infectious Diseases in Prison — Results of a Study in the Prison for Women in Vechta, Lower Saxony, Germany» (à paraître); rapporté dans *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1996, 2(2): 21.
- Kirby, M., «WHO Global Commission, AIDS Recommendations and Prisons in Australia»; dans Norberry, J., Gaughwin, M., Gerull, S.A. (éds), *No 4 HIV/AIDS and Prisons Conference Proceedings*, 1991.
- Koch, S., «Politik der Nadelstiche», *die tageszeitung* [Berlin], 20 février 1996, à la p. 3.
- Leary, V., «The Right to Health in International Human Rights Law», *Health and Human Rights*, 1(1): 24-56.
- Linhart, M., «Point de vue d'un détenu», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1995, 2(1): 28-29.
- Magura, S., et coll., «The Effectiveness of In-Jail Methadone Maintenance», *Journal of Drug Issues*, 1993, 23(1): 75-99;

- Mahon, N., «Action sociale en faveur de la réduction des méfaits dans les prisons américaines», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1995, 2(1): 27-28.
- Mahon, N., «High Risk Behavior for HIV Transmission in New York State Prisons and City Jails», *American Journal of Public Health*, sept. 1996 (à paraître).
- Makin, K., «Prisons Haunted by Fear of Violence», *The Globe and Mail*, 7 juin 1996, à la p. A6.
- Malkin, I., Rôle du droit de la négligence dans la prévention de l'exposition des détenus au VIH pendant l'incarcération; dans Jürgens, R., *VIH/sida et prisons: rapport final*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1996, annexe 1.
- Matas, R., «Prevention in Jails Under Fire», *The Globe and Mail*, 12 juillet 1996, p. A6.
- McLeod, C., «Droit au traitement d'entretien à la méthadone en milieu carcéral?», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1996, 2(4): 25-26.
- McLeod, F., Methadone, Prisons and AIDS; dans Norberry, J., et coll. (éds), *HIV/AIDS and Prisons*, Canberra, Australian Institute of Criminology, 1991.
- Meyenberg, R., Stöver, H., Presentation of a Scientific Evaluation of the Pilot-Project «Prevention of Infectious Diseases in the Penal Institutions of Lower-Saxony (Germany)», compte rendu non publié du projet pilote, 1996.
- Mutter, R.C., Grimes, R.M., Labarthe, D., «Evidence of Interprison Spread of HIV Infection», *Archives of Internal Medicine*, 1994, 154: 793-795.
- Nelles, J., Harding, T., «Preventing HIV Transmission in Prison: A Tale of Medical Disobedience and Swiss Pragmatism», *The Lancet*, 1995, 346: 1507.
- Newman, R.G., et coll., «Arrest Histories before and after Admission to a Methadone Maintenance Program», *Contemporary Drug Problems*, 1973 (automne): 417-430.
- Nichol, T., Bleach Pilot Project, compte rendu non publié de l'introduction de la distribution d'eau de Javel à l'établissement Matsqui, 1995.
- Nichol, T., Bleach Pilot Project, second compte rendu non-publié de l'introduction d'eau de Javel à l'établissement Matsqui, 28 mars 1996.
- Note, «AIDS in Correctional Facilities: A New Form of the Death Penalty?» *Journal of Urban and Contemporary Law*, 1989, 36: 167-185.
- Note, «AIDS in Prisons: Are We Doing the Right Thing?», *New England Journal on Criminal & Civil Confinement*, 1987, 13: 269, 288-289.

- Note, «Sentenced to Prison, Sentenced to AIDS: The Eighth Amendment Right to be Protected from Prison's Second Death Row», *Dickinson Law Review*, 1988, 92: 863-892.
- Novick, D.M., et coll., «Absence of Antibody to Human Immunodeficiency Virus in Long Term, Socially Rehabilitated Methadone Maintenance Patients», *Archives of Internal Medicine*, 1990: 150 (janvier).
- Oliveira, S., «Sex of the Angels: Sexual Transmission of HIV in Brazilian Jails», XIe Conférence internationale sur le sida, Vancouver, 7-11 juillet 1996, abrégé no We. D.3814.
- Padel, U., «HIV, Prisons and Prisoners Rights», *The Liverpool Law Review*, 1990, 12: 55-68.
- Parts, M., «The Eighth Amendment and the Requirement of Active Measures to Prevent the Spread of AIDS in Prisons», *Columbia Human Rights Law Review*, 1991, 22: 217-249.
- Pearson, M., Mistry, P.S., et coll., «Dépistage volontaire de l'hépatite C dans un pénitencier fédéral pour hommes au Canada», *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 1995, 21(14): 134-136.
- Perkins, C., «Tattoos in HIV-Infected Persons: New Insights into an Old Art», XIe Conférence internationale sur le sida, Vancouver, 7-11 juillet 1996, abrégé no Tu. C.2662.
- Ploem, C., «Programme pilote d'éducation par les pairs au Nouveau-Brunswick», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1995, 2(1): 30-31.
- Préfontaine, R.G., Chaudhary, R.K., «Seroepidemiologic Study of Hepatitis B and C Viruses in Federal Correctional Institutions in British Columbia», *Journal canadien des maladies infectieuses*, 1990, 16: 265-266
- Préfontaine, R.G., et coll., «Analysis of Risk Factors Associated with Hepatitis B and C Infections in Correctional Institutions in British Columbia», *Journal canadien des maladies infectieuses*, 1994, 5: 153-156.
- «Projet-pilote de prévention du VIH et d'aide à la survie en prison», *Spectra - prévention et promotion de la santé*, 1995, 1(1): 3.
- Riley, D., «La consommation de drogues dans les prisons»; dans *Le VIH/SIDA en milieu carcéral: Documentation*, Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1994, 169-181.
- Riley, D., «La méthadone et le VIH/sida», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1995, 2(1): 1, 14-16.
- Riley, D., «Drug Testing in Prison», *The International Journal of Drug Policy*, 1995, 6(2): 106-111.
- Riley, D., «La réduction des méfaits à travers le monde», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1996, 2

(4): 17-20.

Rolland, R., et coll., «Medical Care Costs Associated with Jail in Incarceration of People with HIV/AIDS», XIe Conférence internationale sur le sida, Vancouver, 7-11 juillet 1996, abrégé no We. D.3667.

Rotily, M., et coll., «HIV Testing, HIV Infection and Associated Risk Factors among Inmates in South-Eastern French Prisons», *AIDS*, 1994, 8: 1341-1344.

Rotily, M., et coll., «HIV Testing, Prevalence, and Risk Behaviours Among Prisoners Incarcerated in South-Eastern France», XIe Conférence internationale sur le sida, Vancouver, 7-11 juillet 1996, abrégé no Tu. C.2632.

Saum, C.A., et coll., «Sex in Prison: Exploring the Myths and Realities», *Prison Journal*, décembre 1995.

Shaw, S., «Prisoners' Rights»; dans P. Sieghart (éd.), *Human Rights in the United Kingdom*, Londres, Pinter Publishers, 1988, p. 40-49.

Soriano, V. et coll., «Spreading of HTLV-II Among UDIs in Spain: Evidence for Prisons Acting as Shooting Galleries», XIe Conférence internationale sur le sida, Vancouver, 7-11 juillet 1996, abrégé no Mo. C.1677

Sullivan, D.J., «The Nature and Scope of Human Rights Obligations Concerning Women's Right to Health», *Health and Human Rights*, 1(4): 369-398.

Taylor, A., et coll., «Outbreak of HIV Infection in a Scottish Prison», présentation à la Xe Conférence internationale sur le sida, Yokohama, août 1994, programme no 463C.

Taylor, A., et coll., «Outbreak of HIV Infection in a Scottish Prison», *British Medical Journal*, 1995, 310 (6975): 289-292.

Taylor, A., Goldberg, D., «Détails sur la vague d'infection à VIH dans une prison d'Écosse», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1996, 2(3): 16-17.

Tomasevski, K., «AIDS in Prison», *AIDS*, 1991, 5(suppl. 2): S254-S251.

Turnbull, P.J., Stimson, G.V., «A Public Health Approach Is Needed to Prevent the Spread of HIV Infection Among Imprisoned IDUs», XIe Conférence internationale sur le sida, Vancouver, 7-11 juillet 1996, abrégé no We. D.3658.

van Haastrecht, H.J.A., «Low Levels of HIV Risk Behaviour among Injecting Drug Users during and following Imprisonment in the Netherlands», XIe Conférence internationale sur le sida, Vancouver, 7-11 juillet 1996, abrégé no Tu. C.2549.

Vlahov, D., et coll., «Prevalence and Incidence of Hepatitis C Infection among Male Prison Inmates in Maryland», *European Journal of Epidemiology*, 1993, 9(5): 566-569.

Voges, J., «Schuß Sauber im Knast», *die tageszeitung* [Berlin], 16 avril 1996.

Ward, J., et coll., *Key Issues in Methadone Maintenance Treatment*, Sydney, University of New South Wales Press, 1992.

Wehrlin, M., *Gutachten, Verweigerung der Abgabe von Sterilem Injektionsmaterial in Bernischen Strafvollzugsanstalten und Allfällige Rechtliche Sanktionen gegen die HIV-Präventionspolitik des Kantons Bern*, Berne, Advokaturbüro Wehrlin, Fuhrer, Hirt, 1994.

Wiessing, L.G. et coll., «Prevalence and Risk Factors for HIV Infection among Drug Users in Rotterdam», XIe Conférence internationale sur le sida, Vancouver, 7-11 juillet 1996, abrégé no Tu. C.2548.

Wodak, A., «Prevention Works!, Effectiveness of Prevention of HIV pread among Injection Drug Users», *International Aids Society Newsletter*, 1996, 5: 12-13.

Wright, N.H., et coll., «Was the 1988 HIV Epidemic among Bangkok's Injection Drug Users a Common Source Outbreak?», *AIDS*, 1994, 8: 529-532.

Yirrell, D.I. et coll., «Molecular Investigation Confirming an Outbreak of HIV in a Scottish Prison», XIe Conférence internationale sur le sida, Vancouver, 7-11 juillet 1996, abrégé no Mo. C.1532.

Rapports, documents de travail, énoncés de politiques, déclarations, résolutions et communiqués de presse

Advisory Committee on the Misuse of Drugs, *AIDS and Drug Misuse Update*, Londres, HMSO, 1993.

AIDS Advisory Committee, *The Review of HIV and AIDS in Prison*, Londres, HM Prison Service of England and Wales, 1995.

AIDS Council of NSW (The) et coll., *Prisons and Blood Borne Communicable Diseases: The Community Policy*, Darlinghurst, le Conseil, septembre 1995.

Arbour, L., l'Honorable Commissaire, *Commission d'enquête sur certains événements survenus à la prison des femmes de Kingston*, Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1996.

Baechtold, A., *Projet pilote de prévention du sida dans les établissements pénitentiaires de Hindelbank — Rapport final à l'intention de l'Office fédéral de la Santé publique*, Berne, septembre 1995.

Bertram, S., Gorta, A., *Inmates' Perceptions of the Role of the NSW Prison Methadone Program in Preventing the Spread of Human Immunodeficiency Virus*, Sydney, Evaluation of the NSW Department of Corrective Services Prison Methadone Program, Study no 9, Research and Statistics Division, 1990.

Bertram, S., *Results of Gaol Urinalyses Update: July-December 1989*, Sydney, Process Evaluation of NSW Department of Corrective Services Pre-Release Methadone Program, Study no 10, Research and Statistics Division, 1991.

Centers for Disease Control and Prevention, *The Public Health Impact of Needle Exchange Programs in the United States and Abroad. Summary, Conclusions and Recommendations*, les Centres, septembre 1993.

Comité consultatif fédéral/provincial/territorial sur le SIDA, *Draft Statement on HIV/AIDS in Correctional Facilities*, Secrétariat national sur le SIDA, 22 novembre 1991.

Comité consultatif sur le VIH et le SIDA de la région de l'Ontario, SCC, région de l'Ontario, *Regional Strategy for the Health Education, Assessment, Treatment and Community Follow-Up for HIV/AIDS Offender Patients*, mémoire présenté au Comité de gestion régionale, Kingston, le Comité, mai 1992.

Comité parlementaire sur le SIDA, *Le sida: un défi, rapport du Comité parlementaire sur le SIDA*, Ottawa, Le Comité, 1990.

Commission fédérale des stupéfiants — Groupe de travail Méthadone de la sous-commission «Drogue», *Rapport sur la méthadone: Utilisation d'un succédané opiacé dans le traitement des héroïnomanes en Suisse*, 3e édition, Berne, Office fédéral de la Santé publique, 1995.

Conseil de l'Europe, Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, *Troisième rapport général d'activités*, Strasbourg, 1993.

Dolan, K., et coll., *Bleach Availability and Risk Behaviours in New South Wales*. Technical Report no 22, Sydney, National Drug and Alcohol Research Centre, 1994.

Dolan, K., et coll., *Bleach Easier to Obtain But Inmates Still at Risk of Infection in New South Wales Prisons*, Technical Report, Sydney, National Drug and Alcohol Research Centre, 1996.

El-Badry, A., *Health and Human Rights*, rapport rédigé pour la Réunion d'experts de l'ONU sur la population et les droits de l'homme, Genève, 3-6 avril 1989, UN Doc. IESA/P/AC.28/9 du 21 mars 1989, à la p. 11.

Gilmore, N., notes de discours à la conférence de presse sur *Le VIH/SIDA en milieu carcéral: Rapport final du Comité d'experts sur le SIDA et les prisons*, (Ottawa, 24 mars 1994), Montréal, Centre de médecine, d'éthique et de droit de l'Université McGill, 1994.

Gorta, A. *Results of Gaol Urinalyses January - June 1987*, Sydney: Process Evaluation of NSW Department of Corrective Services Pre-Release Methadone Program Study 2, Research and Statistics Division, 1987.

Gorta, A., *Monitoring the NSW Prison Methadone Program: A Review of the Research 1986-1991*, Sydney, Research Publication Department of Corrective Services Publication no 25, 1992.

Groupe de travail sur l'infection au VIH et la consommation de drogues par injection du CCN-SIDA, *Principes et recommandations concernant l'infection au VIH et la consommation de drogues par injection*; dans *Deuxième Atelier national sur le VIH et l'usage de l'alcool et des autres drogues*, Edmonton (Alberta), 6-9 février 1994, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1994.

Hammett, T., et coll., *1992 Update: HIV/AIDS in Correctional Facilities*, Washington, DC, The National Institute of Justice, 1994.

Heilpern, H., Egger, S., *AIDS in Australian Prisons — Issues and Policy Options*, Canberra, Department of Community Services and Health, 1989.

Jürgens, R., *Le VIH/sida en milieu carcéral: un document de travail du Comité d'experts sur le sida et les prisons*, Montréal, Centre de médecine, d'éthique et de droit, Université McGill, 1993.

Jürgens, R., *VIH/sida et prisons: un document de travail*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1995.

Justice, *Justice in Prison*, Londres, Justice, 1983.

Kingston AIDS Project: «Prisoner HIV/AIDS Activists Respond with Anger to Correctional Service Canada's Unwillingness to Confront Potential HIV/AIDS Epidemics in Federal Prisons», Kingston, Le Projet, communiqué de presse, 25 mars 1994.

Kommission zur Entwicklung eines umsetzungsorientierten Drogenkonzeptes für den Hamburger Straftvollzug, *Abschlußbericht*, Hambourg: la Commission, 1995.

Ministerio de Justicia e Interior, *Memoria, Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre Drogas*, Madrid, le Ministère, 1993.

Mitglieder der Expertenkommission (éds), *AIDS und Hepatitisprävention im Strafvollzug Niedersachens. Empfehlungen der Expertenkommission*, Hannover, 19 mai 1995.

Nations Unies, *Ensemble de principes pour la protection de toutes les personnes soumises à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement*, annexe à la Résolution de l'Assemblée générale 43/173 du 9 décembre 1988, principe 7.

Nations Unies, *Principes de base pour le traitement des détenus*, réunion préparatoire régionale de l'Amérique latine et des Antilles en vue du huitième Congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants, San Jose, Costa Rica, 8-12 mai 1989, UN Doc A/CONF.144/RPM/3 du 25 août 1989.

Nations Unies, *Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus*, annexe à la Résolution de l'Assemblée générale 45/111 du 14 décembre 1990.

Nations Unies, Commission des Nations Unies sur les Droits de la personne (52e session, item 8 de l'agenda) *HIV/AIDS in Prisons — déclaration du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)*, Genève, avril 1996.

Nelles, J., Fuhrer, A., *Prévention du VIH et de la toxicomanie dans les Établissements de Hindelbank — Rapport succinct des résultats de l'évaluation*, Berne (Suisse), Office fédéral de la Santé publique, 1995.

New South Wales Department of Corrective Services Prison AIDS Project, *HIV/AIDS Policies, Procedures and Management Guidelines*, Sydney, le ministère, 1994.

New South Wales Ministerial Review HIV/AIDS Working Party (The), *The Courage of Our Convictions - HIV/AIDS: The National Strategy and the Laws of NSW*, Sydney, 1993.

Office fédéral de la Justice, *Remise de seringues stériles et mise à disposition de matériel de désinfection: projet-pilote dans les établissements d'exécution de peines et de mesures; admissibilité juridique*, Berne, 9 juillet 1992.

Organisation mondiale de la santé (OMS), *Déclaration de la consultation sur la lutte contre le SIDA dans les prisons*, Programme global sur le sida, Genève, OMS, 1987

OMS, Constitution de l'Organisation mondiale de la santé; dans *Documents fondamentaux*, 39e éd., Genève, OMS, 1992.

OMS, «WHO Urges Prison Reform to Help Control the Spread of HIV», communiqué de presse du 10 juin 1993, IXe Conférence internationale sur le SIDA, Berlin, 7-11 juin 1993.

OMS, *Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons*, Genève, OMS, 1993.

Prisoners with HIV/AIDS Support Action Network (PASAN), «Les militants pour la cause des détenus vivant avec le VIH/sida remettent en question la réponse inappropriée du Service correctionnel Canada au VIH/sida dans les établissements de détention», communiqué de presse, Toronto, le Réseau, 25 mars 1994.

PASAN, *HIV/AIDS in Prison Systems: A Comprehensive Strategy*, mémoire présenté au ministre des

Services correctionnels et au ministre de la Santé, Toronto, le Réseau, juin 1992.

Rapport: Le Premier atelier national sur l'infection au VIH et l'injection de drogue: Stratégies de prévention, Montréal, 26-27 mars 1990, Ottawa, Association canadienne de santé publique, 1991.

Rutter, S., et coll., *Is Syringe Exchange Feasible in a Prison Setting? An Exploration of the Issues*, Technical Report No 25, Sydney, National Drug and Alcohol Research Centre, 1995.

Scottish Affairs Committee, *Drug Abuse in Scotland: Report*, Londres, HMSO, 1994.

Service correctionnel du Canada, *Le VIH/SIDA en milieu carcéral: documentation*, Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1994.

Service correctionnel du Canada, *Le VIH/SIDA en milieu carcéral: Rapport final du Comité d'experts sur le sida et les prisons*, Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1994.

Service correctionnel du Canada, *Le VIH/SIDA en milieu carcéral: Rapport sommaire et recommandations*, Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1994.

Service correctionnel du Canada: «Le Service correctionnel du Canada annonce sa réponse aux recommandations présentées par le Comité d'experts sur le sida et les prisons», Ottawa, SCC, communiqué de presse, 24 mars 1994.

Service correctionnel du Canada, *Document d'information: Réponse du SCC au Comité d'experts sur le SIDA et les prisons (CESP)*, Ottawa, SCC, Direction des services de santé, 24 mars 1994.

Service correctionnel du Canada, *Mise à jour, Programme national sur le sida du Service correctionnel du Canada*, Ottawa, SCC, novembre 1995.

Service correctionnel du Canada, *Rapport de recherche, Sondage national auprès des détenus: Rapport final - 1995*, Ottawa, SCC, Secteur de recherche et développement, 1996, No SR-02.

Service correctionnel du Canada, *Rapport de recherche, Sondage national auprès des détenus: Rapport final - 1995, Annexe principale*, Ottawa, SCC, Secteur de recherche et développement, 1996, No SR-02.

Shewan, D. et coll., *Evaluation of the Saughton Drug Reduction Programme: Main Report*, Édimbourg, Central Research Unit, 1994.

Shewan, D., Gemmel, M., Davies, J.B., *Drug Use and Scottish Prisons: Summary Report*, Scottish Prison Service Occasional Paper, no 5, 1994.

Shewan, D., Gemmel, M., Davies, J.B., *Drug Use and Scottish Prisons: Full Report*, Scottish Prison Service Occasional Paper, no 6, 1994.

Société canadienne du sida, *Information sur le sida en milieu carcéral*, Ottawa, La Société, 1 avril 1994.

Société royale du Canada, *SIDA: L'État de la question au pays - Rapport de synthèse et recommandations*, Ottawa, La Société, 1988.

Somerville, M.A., *Consent to Medical Care, A Study Paper Prepared for the Law Reform Commission of Canada*, Ottawa, ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1979.

Spritzenabgabe im Oberschöngrün, canton de Solothurn: Strafanstalt Solothurn, non daté.

U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, *HIV/AIDS Prevention Bulletin*, Atlanta, 19 avril 1993.

Wale, S., Gorta, A., *Views of Inmates Participating in the Pilot Pre-Release Methadone Program*, Sydney, Process Evaluation of NSW Department of Corrective Services Pre-Release Methadone Program, Study no 2, Research and Statistics Division, 1987.

Jurisprudence

Affidavit dans l'affaire *R. c. McMullen*, Cour suprême de la C.-B., No CC960346.

Prisoners A to XX inclusive c. State of NSW (Cour suprême de la N.-G.S., le juge Dunford, le 5 octobre 1994).

R. c. Downey, (1989) 42 CRR 286 (Cour de district de l'Ontario).

Raymond c. Honey [1982] 1 All ER 756.

R. c. Morgentaler, [1988] 1 R.C.S. 30.

R. c. Povilaitis, jugement non publié du 27 juin 1996 (Cour supérieure, section criminelle, province de Québec, no 450-01-004040-965, juge G. Desmarais).

R. c. Thissen, Cour de justice de l'Ontario (division provinciale), jugement non publié du 16 mai 1996 (juge Cadsby).

Singh c. Ministre de l'Emploi et de l'Immigration, [1985] 1 R.C.S. 177.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

HIV/AIDS in Prisons: Final Report

by Ralf Jürgens

© Canadian HIV/AIDS Legal Network and Canadian AIDS Society, Montreal, 1996

ISBN 1-896735-04-5

Appendix 1

The Role of the Law of Negligence in Preventing Prisoners' Exposure to HIV While in Custody

by Ian Malkin

Abstract

Do prisoners have a right to the means that would allow them to protect themselves against contracting HIV and other diseases in prisons? Can prison systems be forced to provide condoms, bleach, and sterile needles? Can and should the law be used to achieve change in prison HIV/AIDS policies?

The following article by Ian Malkin discusses these questions. In particular, the author analyzes whether in Canada the tort of negligence can be used to prevent prisoners' exposure to HIV.

About the Author

Ian Malkin is Senior Lecturer, University of Melbourne, Australia. This paper was first presented at the First Canadian Workshop on HIV/AIDS in Prisons, held in Kingston on 20 August 1995, and published as Appendix 1 of HIV/AIDS in Prisons: A Discussion Paper. For inclusion in the Final Report, it has been updated and slightly revised. Thanks to Ralf Jürgens for his assistance, and to Simon Chesterman for his invaluable work as research assistant and his contributions in writing some sections of this paper.

A detailed version of the original paper, focusing on the situation in Australia, was published in Melbourne University Law Review 1995; 20: 423-480; a shorter version of the paper can be found in the Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter 1995; 2(1): 19-22.

Contents

Introduction

The Problem and the Need for a Remedy

Seroconversion in Prisons

Spread of Hepatitis C

The Australian "Condom Case"

The Australian "HIV Transmission Case"
The Canadian "Methadone Case"
Conclusion

The Potential Usefulness of a Legal Action in Negligence

Elements of the Tort of Negligence

Duty of Care
Breach of the Duty of Care
Has the Claimant Suffered Harm?
Causality: Is the Harm the Result of the Breach?

Defences

Voluntary Assumption of Risk
Contributory Negligence
Illegality
The Value of the Common Law - and Its Limits

Conclusion

Introduction

Prisons detain a large number of injecting drug users, gay men, lesbians, and individuals who identify as "straight" but who engage in same-sex activities. These individuals are among the most marginalized and disadvantaged in the community, and imprisonment heightens their marginalization. Because many prisoners engage in unsafe activities, they run the risk of contracting HIV/AIDS; this risk, and the spread of the virus, could be diminished substantially were it not for the negligent conduct and choices of governments and prison administrators.

At issue here are the legal consequences of their carelessness and an important legal avenue prisoners in Canada may use in order to challenge that carelessness. Simply put, it is unreasonable for a prison authority to assert that because it does not want to be seen to encourage same-sex or drug-use activity in prison, it can pretend that it does not occur, and not provide measures to contain its spread. Because administrators manifestly cannot guarantee an environment free from the danger of infection, there is not only a moral duty to face up to that danger and address it, but a legal one as well. Its non-fulfilment amounts to negligence.

Recent developments highlight the importance of putting the search for legal redress on the legal and political agenda. This is a strategy that can be used to compel changes in governments' and prison authorities' behaviour: it can be argued that their unwillingness to take all reasonable and necessary steps to reduce the possibility of transmission of HIV in prisons amounts to careless conduct, and that they must be made accountable for this conduct through the use of a legal action in negligence.

The Problem and the Need for a Remedy

The problems posed by HIV/AIDS and other infections in prisons are immediate and grave.

Seroconversion in Prisons

Seroconversion in prisons has become a documented reality. Examples include the following:

- In 1994, Scottish researchers documented as many as eight cases of custodial seroconversions.(1)
- Dolan reported Australia's first confirmed case of custodial seroconversion, warning that "a disturbingly high number of HIV transmissions might have occurred," adding that, "given the prevalence of infection and the prevalence of risk behaviour it would appear that the potential [for further seroconversions] is enormous."(2)
- Another case of custodial seroconversion was reported in Queensland, Australia.(3)
- Mutter and colleagues identified 556 prisoners in the Florida Department of Corrections who had been continuously incarcerated since 1977. The medical records of these prisoners were reviewed to determine whether they had been tested for HIV and, if tested, whether the results were positive. Eighty-seven of the 556 prisoners had undergone testing for HIV infection. Of these, 18 (21 percent) were found to be HIV-positive, providing strong evidence for transmission of HIV in prison.(4)

In Canada, there have thus far been no documented cases of HIV transmission in prisons. However, the only reason for this is the absence of research in this area: everyone knows that HIV transmission is in fact occurring.

Spread of Hepatitis C

There is evidence of the rapid spread of hepatitis B and C in prisons and, by extension, of potentially rapid transmission of HIV: hepatitis C is generally spread by either blood transfusion or by use of contaminated injection equipment, with sexual transmission being a more remote possibility. In the prison population, seropositivity for hepatitis C likely represents a marker for IV drug use at some time in the majority of those testing positive and suggests an alarming potential for the rise of HIV.(5)

- From January to August 1995, 223 new cases of active hepatitis C and 22 new cases of hepatitis B were reported in federal prisons in Canada. The number of new cases further increased in 1996: from January to March 1996, 124 new cases of active hepatitis C and 16 new cases of hepatitis B were reported.(6)
- Three studies undertaken in Canadian prisons revealed hepatitis C seroprevalence rates of

between 28 and 40 percent:

- In the first study, undertaken at the Prison for Women in Kingston, 39.8 percent of the 86.9 percent of inmates who participated tested positive.(7)
- In the second study, undertaken at Joyceville Institution, a medium-security federal penitentiary near Kingston, 27.9 percent of the 408 participating prisoners tested positive.(8)
- A third study of male inmates in British Columbia showed a prevalence of 28 percent.(9)
- Similar figures are reported from other prison systems. For example, in prisons in Victoria (Australia), 39 percent of 3627 prisoners tested had been exposed to hepatitis C; 46 percent had a history of injecting drugs. Prevalence of hepatitis is as high as 50 percent in prisons in New South Wales (NSW).(10)

The Australian "Condom Case"

Fifty Australian prisoners launched a legal action against the State of NSW for non-provision of condoms.(11) Their lawyer noted that "[i]t is no proper part of the punishment of prisoners that their access to preventative means to protect their health is impeded."(12) The action was instituted by the Aboriginal Legal Service. In it, the prisoners seek "various orders and other relief" to ensure access to condoms within prison.

Until recently, the policy of the correctional system of NSW, like that of all other Australian systems (the Belconnen Remand Centre in the Australian Capital Territory being the only exception), was to oppose condom distribution, although the authorities were aware that sexual activity occurs in prisons. Reliance was placed on education as the primary harm-reduction measure. The prisoners argued that the decision not to supply condoms or permit their possession or use by male prisoners

- was so unreasonable as to constitute an improper exercise of power;
- gave rise to a writ of habeus corpus (a written order requiring the investigation of the legitimacy of a person's detention); and
- constituted a breach of the duty of care owed by the Department to the prisoners.

In a judgment handed down on 19 October 1994, Justice Dunford dismissed the first two grounds; with respect to the third ground, the Court held that the claim must be redrafted, to be brought in the name of four aggrieved inmates rather than as a class action on behalf of 50. The prisoners appealed Dunford J's decision, arguing they should be able to:

- rely on the writ of habeus corpus;
- rely on the Magna Carta; and
- continue their proceedings as a class of 50 rather than amend their pleadings and claims.

In a judgment delivered on 8 August 1995, the NSW Court of Appeal dismissed habeus corpus arguments after canvassing British, Canadian, and US decisions. It also dismissed, rather summarily, contentions premised on the contravention of the Magna Carta. Finally, it dismissed the third ground of

appeal, concluding that Dunford J's reasons for restricting the number of plaintiffs involved a proper exercise of discretion. These reasons were to ensure that an appropriate variety of factual issues be litigated, that guidelines consequently be set for future litigants and cases, and that the case be managed efficiently.

However, although all three grounds in the appeal were dismissed, the Court's decision did not foreclose continuation of the proceedings: the arguments based on negligence remained intact. Importantly, while the Court cited Dunford J's decision on this point in some detail, it did not in any way criticize the substance of what he said. Referring to his decision, the Court stated:

His Honour saw no reason why in an appropriate case the Court would not grant an injunction to restrain the tort of negligence, even without proof of damage. Accordingly, if the appellants were able to establish by evidence that the failure by the Department to permit their use of condoms constituted a breach of the duty of care owed to them, they might be entitled to injunctive relief.

The Court concluded: "What remains to be done is for the appellants to apply to the Common Law Division to amend their statement of claim in a way which accords with Dunford J's orders and the conclusions I have reached." (13)

The prisoners sought special leave to appeal to the High Court of Australia on the questions of habeas corpus and Magna Carta. This appeal failed, but the prisoners announced that they would go to trial to argue their case on the more limited grounds allowed.

Since then, at least in part because of the legal action, the NSW government has decided to make condoms available in three prisons on a trial basis. (14) While the legal action is still ongoing and remains to be determined, the prisoners involved have decided not to push the case while the condom trials are ongoing. If, as a result of the trials, there is general introduction of condoms in NSW jails, the case will likely be ceased.

The Australian "HIV Transmission Case"

The prisoner who contracted HIV while in a maximum-security institution in Queensland (15) launched an action for damages for negligence against the Queensland Corrective Services Commission (QCSC). This was one of a number of cases brought against the QCSC that alleged misconduct in the treatment of HIV-positive prisoners. While at least one of these cases is ongoing and set for hearing in September 1996, the action for damages has been dropped because the case was funded by Legal Aid and would have been too costly to pursue.

The Canadian "Methadone Case"

In April 1996, an HIV-positive woman was sentenced to 21 days' imprisonment at the Burnaby

Correctional Centre for Women (BCCW) in British Columbia. At the time of her sentence, she was on a methadone maintenance program supervised by her primary-care physician. In accordance with a longstanding BC Corrections Branch policy, the BCCW refused to provide her with methadone. As a result of this refusal, she petitioned the British Columbia Supreme Court for relief in the nature of habeas corpus.(16)

The petition to the Court argued that, under the circumstances the petitioner found herself in, her detention was illegal. It raised several constitutional arguments based on the Canadian Charter of Rights and Freedoms. In response to the petition, and despite the position it had originally taken, the BCCW arranged for a staff doctor to examine the petitioner, and he prescribed methadone for her. After this, she withdrew her petition seeking habeas corpus.

Importantly, in affidavit material filed in this case, the Director of Health Services for the BC Corrections Branch indicated that the BC Corrections policy would be changed to recognize the validity of the harm-reduction model for prisoners and to allow for methadone treatment of prisoners in certain circumstances.

The petitioner's primary care physician has since stated that, although no precedent was set in law by the case, "it was a precedent that was set by deed." He continued by saying that he expects that in future Corrections will act accordingly, and that "[w]e are certainly ready to repeat a court challenge at a moment's notice if necessary."(17)

Conclusion

These developments leave no room for complacency. They show two things: the increasing dangers posed by HIV and hepatitis C in prisons, and the willingness of prisoners to take legal action against government inaction. Already, both in the Australian condom case and the Canadian methadone case, legal action has provided the catalyst necessary for the institution of long-recommended changes and reasonable responses to HIV by prison authorities. Courts have not even had to pronounce on the substantive issues raised in the cases: governments and correctional authorities, at least in part because of the cases, have acted before the courts forced them to do so.

The Potential Usefulness of a Legal Action in Negligence

Given the increasing dangers posed by HIV and hepatitis in prisons, brought into focus by cases of seroconversion in custody, there is more reason than ever to utilize a legal approach involving an old, somewhat flexible proceeding in the attempt to achieve substantive change in correctional policy: prisoners may be able to demonstrate the need for changes in prison authorities' and governments' behaviour by instituting an action in negligence. Prisoners could also raise important constitutional law arguments based on Canadian Charter of Rights and Freedoms violations.(18)

The tort of negligence gives rise to a private action or civil claim. An action in negligence is initiated by the aggrieved individual (not by the police or the Crown, if a particular act can be characterized as

criminal in nature) who alleges that she or he has a cause for complaint. The complainant, or plaintiff, contends that she or he suffers harm or damage that was caused by a wrongful, careless, or unreasonable act or omission of another person, entity, or institution (the defendant in the proceedings).

The law of negligence is about balancing interests - a defendant's conduct on the one hand, and the rights of those affected by that conduct on the other. During the last several years, the law of negligence has struggled to resolve disputes in contexts far removed from those traditionally seen to be the site of careless activity, such as transportation accidents. It has taken on the role of ombudsman (19) and standard-setter, in an attempt to formulate and shape desirable behaviour. It can also act as educator, deterrer and compensator, and is being used increasingly by various elements of the community who otherwise have nowhere to turn to seek redress. At the very least, these marginalized, disenfranchised individuals are using the law of negligence to make significant public statements.

Examples of novel situations in which the tort of negligence has been used include David Milgaard's recent action against Saskatchewan Crown prosecutors and police for negligently failing to disclose evidence tending to exculpate him of his murder conviction in 1970;(20) the malpractice claim instituted against a physician by Robert and Jane Sanders for the "wrongful birth" of their son, born with Down syndrome;(21) 36 civil suits filed against the BC Social Services Ministry by adults who claim they were sexually abused in foster homes or other governmental residential programs, and who wish to hold the government accountable for its behaviour.(22) In these cases, the legal action in negligence has been used to make significant public statements: the cases have received publicity and have put the authorities on the spot.

In the prison context, the primary objective of an action in negligence would not necessarily be to secure damages for a prisoner whose seroconversion is causally linked to a prison authority's negligence. Rather, an action in negligence could be used as a means through which institutional improvements can be effected: prisoners may find the pursuit of a legal action valuable, as a means to persuade prison authorities to provide them with the reasonable and necessary means that will allow them to protect themselves from contracting HIV in prison.

The law of negligence can provide a check on how well (or badly) duties are fulfilled, and gauge whether behaviour ought to be changed. This is particularly important in the prison context, where the relationship of dependence - respecting a prisoner's every need - is fundamental to existence and survival. Prison authorities have in fact been found negligent in several cases, albeit in quite different circumstances.(23)

Elements of the Tort of Negligence

In order for an action in negligence to succeed, the plaintiff needs to prove that he or she was owed a duty of care by the defendant, that the standard of care owed was not met, and that the breach caused actual harm.

Duty of Care

Without question, prison authorities owe a duty of care to those in their custody, based on the proximate relationship of custodian and detainee. There is, however, one possible stumbling block, which is dependent on the court's characterization of the specific decision under consideration: the authorities may argue that prisoners' complaints concern policy or planning decisions of government, dictated by resource implications or politics, and that therefore no duty is owed. Although this arose in the Australian "prison condom case," it was not fatal to the claim.⁽²⁴⁾ In that case, Dunford J was unwilling to allow a challenge to the "policy decision" not to provide condoms in prisons, arguing that judicial review of an issue involving "political considerations" would lead to "political power [passing] from the parliament and the electorate to the courts." However, he continued by saying that "different considerations would apply if the prisoners claimed a breach of the duty owed to them as individuals"; although a policy decision in itself may not be reviewable by the Court, its effect - a breach of duty of care owed to the prisoners - is.

Breach of the Duty of Care

Establishing a breach of duty - a failure to exercise the degree of care that is reasonable in the circumstances - may be difficult. The central question is: what constitutes reasonable behaviour on the part of prison authorities? Answering it requires authorities to abandon arguments drawn from moralizing and breast-beating, compelling them to engage in a dialogue embracing notions of responsibility, practicality, and confrontation of harm and danger.

The measures currently in place to contain the spread of HIV in Canadian prisons are as follows: all systems provide some educational programs, and offer voluntary HIV testing to prisoners; most provide condoms, but rarely are they easily and discreetly accessible; in some systems, condoms are not available at all; lubricant is often not available even where condoms are available; some systems provide bleach; no system provides syringes or sterile needles. The Expert Committee on AIDS and Prisons (ECAP), the Prisoners with HIV/AIDS Support Action Network (PASAN), and many other national and international organizations have all urged that more needs to be done: in particular, that easy access to condoms, lubricant, and bleach be provided, and that the provision of sterile needles be at least piloted without any further delay.⁽²⁵⁾ Similarly, in Australia it has been suggested that the following be provided: information; equipment, such as bleach and latex gloves, easily accessible to inmates and staff for infection-control procedures; sterile needles and syringes, supported by a policy and practice that threatens no reprisals against injecting drug users; safe disposal facilities for injecting equipment; condoms; sexuality education programs that openly, non-judgmentally and explicitly talk about institutional sexual behaviour, and address issues concerning possible barriers to practising safe sex for both men and women.⁽²⁶⁾

The issue is: could prison authorities be held liable in negligence for failing to comply with the standard of reasonable care expected of them, if they persist in refusing to provide access or easy access to condoms, dental dams, lubricant, bleach, and sterile needles in prisons? Unlike previous HIV-related litigation, where claims focused on what hospitals and blood banks ought to have known at particular

dates in the past, in this context there is no doubt that prison authorities have not only for several years been able to foresee the likely harm of their policies, but in fact have known of the existence of HIV/AIDS and how it is transmitted in prisons. The issue, then, relates not simply to the prison authorities' knowledge of the risk of transmission, but to their actual conduct, which seems premised on wilful blindness to these recognized dangers. This should all weigh quite heavily in a prisoner's favour.

On the one hand, in determining whether conduct is negligent or not, immeasurable values such as community concepts of justice, health, life, and freedom of conduct are taken into account: they favour a prisoner's contention that she or he has been wronged. On the other hand, the authorities may contend that the need to manage institutions effectively - embracing fears of labour-related strife - justifies their inaction. However, the seriousness of the risk of not providing effective, inexpensive measures favours a finding of carelessness: as Jürgens notes, because of the gravity of the matters at issue, a strong public health, harm-reduction approach must be taken as the only reasonable response to the risk of transmission.⁽²⁷⁾ The consequences of not providing effective preventative measures - infection and eventual death - are too grave to allow for much empathy for prison managers, regardless of the pressures they face, including those of an industrial nature. Refusal to provide effective preventative measures amounts, in legal terms, to conduct falling below the standard of care expected of the reasonable custodial authority. It is a careless response - or, rather, non-response - to a foreseeable risk of harm. In fact, it may be argued that because of the special relationship prison administrators have with inmates, their duty to those under their care is heightened.

A court's ultimate finding cannot be predicted with confidence. Knowledge of measures used elsewhere, as well as the recommendations of bodies such as the World Health Organization, can be helpful in assessing what constitutes a reasonable response. A fact-finder could hold that the conduct of virtually all Canadian prisons falls below what could reasonably be expected of them. Regard would be had to the fact that many prisons worldwide provide easy and discreet access to condoms, dental dams, lubricant, and bleach. These prisons undermine the assertion that the provision of these measures is impractical or dangerous; they provide an example of prisons that have adopted a policy that recognizes the potential for harm, and seeks a constructive, reasonable engagement with the problem rather than a denial of its existence. Provision of sterile needles has been successfully piloted in Switzerland, and more and more prisons, in Switzerland and elsewhere, are also starting to make sterile needles available to inmates. This is particularly important: evaluation of the Swiss program has demonstrated that provision of sterile needles in prison is not merely the product of the imagination of pie-in-the-sky, ivory-tower academics or committees who could be said to have little appreciation of the actual difficulties associated with implementing such a measure. We now know that a sterile needle-distribution program in prison can realistically and successfully be implemented.⁽²⁸⁾ In fact, because some concern has been voiced regarding use of bleach,⁽²⁹⁾ the only reasonable response to the risk of transmission from IV drug use may be the one that seems hardest to swallow: do on the inside what is done on the outside - provide sterile needles. The fact that most systems do not provide syringes would be an inadequate response to an allegation of carelessness: while examples of similar conduct may be helpful, they do not determine findings of fault. Poor practices do not excuse failures to do what a reasonable enterprise ought to do. Therefore, the refusal to implement the most efficacious, widely recommended harm-reduction measures constitutes culpable conduct.

Has the Claimant Suffered Harm?

Traditionally, claimants have to have suffered actual harm before they can bring a negligence action; the "gist of the action" is damage. The relief granted has always been in the form of damages. However, in the Australian "prison condom case," Dunford J made some remarkable comments that dramatically affect the nature of the action: he stated that there appears to be no reason why the court should not grant an injunction in an appropriate case, even without proof of damage.⁽³⁰⁾ As the plaintiffs' lawyers argued,

[i]f the plaintiffs contract HIV or hepatitis in consequence of the continuing breach of the duty of the defendant, their losses will be irreparable, and damages will scarcely be a suitable alternative remedy. The plaintiffs ought not wait until they have compensable injury before they can take action in respect of the defendant's continuing breach of the duty of care.⁽³¹⁾

Causality: Is the Harm the Result of the Breach?

A court certainly has the opportunity to resolve causality in the plaintiff's favour, depending on the facts of the particular case. However, the potential stumbling blocks should not be underestimated. Were it not for the failure to provide a prisoner with sterile needles, bleach, dental dams, or condoms, depending on the nature of the behaviour in a particular instance, would a prisoner have contracted the virus? No. Of course, a negative response assumes there is evidence that the prisoner was HIV-negative prior to incarceration for a period longer than the six-month "window period" and that the infection occurred in prison. From a litigation perspective, the prisoner recently identified as having seroconverted while in prison would obviously be the plaintiff best able to litigate successfully. The argument that the measures might not have been used has been raised: however, this does not address making them available - thereby empowering the individual prisoner (rather than the authorities) to make the decision to use or not use them. A problem with establishing causality would arise only if in the course of an action it could be demonstrated that the measures would not have been used. Authorities also may argue that the true cause of infection is the plaintiff's own behaviour, especially where education addressing risk reduction is provided; in response, it may be contended that the provision of education programs without providing condoms, dental dams, lubricant, bleach, and needles is inadequate. Further, a defendant will not necessarily be relieved of responsibility simply because of the plaintiff's own culpable conduct. The latter would not necessarily be sufficient to negate the claim; rather, it may result in apportionment.

Defences

Even if a plaintiff can establish a cause of action to the satisfaction of the court, the defendant still has the opportunity to negate the plaintiff's case by raising one of the following defences (in assessing the defences that may be raised, situations involving consensual behaviour need to be separated from those

that are non-consensual; the latter are less frequent than the former, despite suggestions to the contrary by the tabloids, TV talk-shows and other popular mythmakers).

Voluntary Assumption of Risk

The most troublesome hurdle in a plaintiff's case may be the authorities' expected argument that - in situations involving consensual behaviour - the sufferer "voluntarily assumed the risk" of injury. However, this defence is not insurmountable, and courts have been loath to give effect to it because of its harshness in result. For example, whether a plaintiff "freely and willingly" ran the particular risk is contentious. If a drug-dependent prisoner shared an unclean needle, it could hardly be argued that she or he "voluntarily assumed the risk" of infection: the addiction negates free will and volitional behaviour. In situations involving consensual, unprotected sexual activity, the issue is far more complex, but courts have in the past been prepared to recognize the complexity of human will and the importance of a broad understanding of the circumstances in which decisions are made. Of course, the authorities and perhaps the public and courts may have little "sympathy" for a plaintiff who engages in risky behaviour. But no one is asking for sympathy; rather, the demands are for reasonable, responsible conduct on the part of custodians. Further, a detainee's vulnerability in comparison to the power enjoyed by prison management cannot be ignored where the plaintiff's "free and willing" behaviour is at issue.

Contributory Negligence

The authorities may argue that a prisoner's own act of practising unsafe sex or using injecting drugs with unclean instruments should be considered a failure to take care with respect to her or his own safety. The courts may hold the prisoner contributorily negligent and apportion damages. To do so, however, would be to unrealistically assess the true dynamics of prison life: because of imprisonment, there is less opportunity for prisoners to truly take care of their own safety, as they are virtually totally dependent on the authorities for their care.

Illegality

Because drug use and sexual activity are prohibited in prison, it might be argued that a prisoner's illegal conduct defeats her or his claim. This defence should fail: unless the infringed law itself states (or implies) that a civil claim cannot be brought for an injury sustained while committing the prohibited act, the mere fact that the prisoner acted illegally does not disallow the action. Prison regulations are intended to serve institutional management efforts rather than to preclude civil recovery. The Supreme Court narrowly circumscribed the availability of illegality as a defence:

Its use is justified where allowing the plaintiff's claim would introduce inconsistency into the fabric of the law, either by permitting the plaintiff to profit from an illegal or wrongful act, or to evade a penalty prescribed by criminal law. Its use is not justified where the plaintiff's claim is merely for personal injuries sustained as a consequence of the negligence of the defendant.(32)

Here, a prisoner neither profits from infringing the regime's rules, nor evades penalties in doing so; the illegal conduct is legally irrelevant. As Jürgens states:

The fact that prisoners put themselves at risk of contracting HIV by engaging in sexual activity and drug use, both prohibited in prisons, is not a sufficient excuse for not acting. This has been understood outside prisons, where needle exchanges have been set up with government approval and funding.(33)

The Value of the Common Law - and Its Limits

"Will the complainant succeed?" Possibly. But success in the traditional sense is not entirely the issue in these circumstances. The purpose and value of bringing a legal action in negligence includes the possibility of judicial recognition of a duty of care owed by prison systems to prisoners in their custody, and of the breach of this duty by non-provision of preventative measures. Further, the value of such an action would not be limited to the individual case; rather, it could set a higher standard for what constitutes reasonable behaviour, with a view to improving conditions of detainment. In addition, even if a prisoner fails, the expenses facing the authorities in having to defend claims of this nature may prove to be a factor weighty enough to tip the balance in favour of changed policies. Of course, this is not intended to minimize important factors in all HIV-related litigation, such as the expenses facing the litigants themselves, and the fact that "a person who is actually suffering from AIDS ... may not have the physical or emotional strength to instruct counsel, attend discovery proceedings and be subjected to the rigour of a trial."(34) A prisoner's opportunity to enforce "common law duties is curtailed by limited access to legal aid, and probably by their own reluctance to become involved in legal disputes with their custodians. In the case of prisoners with HIV/AIDS it may be additionally unattractive because of the stresses associated with involvement in legal proceedings."(35)

However, in order to make a statement, some individuals may be willing to endure the rigours of litigation. And while legislation would certainly be a far better means by which to institute harm-reduction measures than court action, litigation and the threat of it may provide a reason for legislators' effecting improvements. The action, by and of itself, cannot compel the introduction of the necessary legislative initiatives. However, in conjunction with other strategies it may fuel reform. Regardless of actual outcomes, policies may change as a result of embarrassing publicity. In Australia, it is at least in part because of the publicity generated by the prisoners' condom case that condom distribution is now being piloted: the federal health minister criticized prison authorities' resistance to providing preventative measures, stating that "[p]eople are sentenced to jail, not to be infected," and that "they deserve the same level of care as people outside get."(36) And in Canada, the methadone case may help to accelerate implementation of methadone maintenance treatment in provincial prisons in British Columbia and in the other prison systems.(37)

Conclusion

As the recently reported cases of custodial seroconversion demonstrate, prisons are potential breeding grounds of HIV infection, endangering the health of inmates, staff, and the public. Prison system's unusually conservative stance with regard to provision of harm-reduction measures is frustrating, demoralizing, and negligent. Admittedly, some prisons in Canada have started providing easy access to condoms, dental dams, lubricant, and bleach; however, other prisons lag far behind. With respect to provision of sterile needles, the response of Canadian prison systems is similar to those of other systems, with the exception of some Swiss, German, and Spanish prisons; however, as noted earlier, doing what others do can nevertheless be negligent and does not justify carelessness. As Justice Kirby stated:

We must ready ourselves, as a civilised community, to ensure that prisoners are not unnecessarily exposed to acquiring a fatal condition whilst in prison. If we do not take proper steps, we will stand condemned as irresponsible and morally negligent in the safekeeping of prisoners.... We owe it to the prisoners - but if this is unconvincing, we owe it to the community - to protect prisoners from infection whilst in prison. This requires radical steps before it is too late.... The infection of a person who is in the custody of society, because that person does not have access to ready means of self-protection and because society has preferred to turn the other way, is...unpalatable. As a community we must take all proper steps to protect prison officers and prisoners alike. By protecting them we protect society.(38)

If a negligence action can help demonstrate to the public and authorities the need to respond to the risk of the spread of HIV and hepatitis in prisons, then instituting proceedings will have proven worthwhile. However, as noted earlier, one of the problems with using the law of negligence as it is traditionally understood, and not as suggested by Dunford J in the Australian prison condom case, is that damage must have occurred. In more and more countries, with the recognition of documented cases of custodial seroconversion, this requirement has been satisfied. An after-the-fact remedy can now be pursued, if the sufferers wish to do so. It seems inevitable that such cases will be instituted by prisoners, in Canada and elsewhere, who have seroconverted while in prison and who would have used condoms or bleach or syringes had they been available. They will sue the authorities for their failure to satisfy the reasonable level of care owed to them by the refusal to provide preventative measures. The problem is real. Only the most irresponsible authorities and governments would persist - at their potential legal peril - in refusing to provide measures that would prevent the grave harm of custodial seroconversion. Courts are now in a position of being able to legally condemn the authorities' inaction.

[Return to Table of Contents](#)

FOOTNOTES

- 1 B Christie. Scotland: Learning from Experience. *British Medical Journal* 1995; 310(6975): 279; A Taylor, D Goldberg et al. Outbreak of HIV Infection in a Scottish Prison. *British Medical Journal* 1995; 310(6975): 289.
- 2 K Dolan, W Hall et al. Letter to the Editor: Evidence of HIV Transmission in an Australian Prison. *Medical Law Journal of Australia* 1994; 160: 734.
- 3 M Kennedy. Prison Discrimination Case Continues. [Australian] *HIV/AIDS Legal Link* 1995; 6(2): 12.
- 4 N Mahon. HIV Transmission and Advocacy for Harm Reduction in US Prisons and Jails. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter* 1995; 2(1): 24-25 at 24, with reference to RC Mutter et al. Evidence of Intraprison Spread of HIV Infection. *Archives of Internal Medicine* 1994; 154: 793-795.
- 5 See PM Ford et al. Seroprevalence of Hepatitis C in a Canadian Federal Penitentiary for Women. *Canada Communicable Disease Report* 1995; 21(14): 132-134.
- 6 Health Services Statistics. The Correctional Service of Canada, August 1995 and March 1996.
- 7 Ford, *supra*, note 5.
- 8 M Pearson et al. Voluntary Screening for Hepatitis C in a Canadian Federal Penitentiary for Men. *Canada Communicable Disease Report* 1995; 21(14): 134-136.
- 9 RG Prefontaine et al. Analysis of Risk Factors Associated with Hepatitis B and C Infections in Correctional Institutions in British Columbia. *Canadian Journal of Infectious Diseases* 1994; 5: 153-156.
- 10 See N Crofts et al. Spread of Bloodborne Viruses among Australian Prison Entrants. *British Medical Journal* 1995; 310(6975): 285; and P Brown, cited in C Zinn. Australia: Climbing the Political Agenda. *British Medical Journal* 1995; 310(6975): 279.
- 11 Prisoners A to XX inclusive v State of NSW (Supreme Court of NSW, Dunford J, 5 October 1994). See R Jürgens. Australia: Prisoners Sue for the Right to Condoms. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter* 1994; 1(1): 5; Australia: Update on Prison Condom Case. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter* 1995; 1(3): 3.
- 12 Editor. Prisoners Sue for the Right to Condoms. [Australian] *HIV/AIDS Legal Link* 1994; 5(1): 1.
- 13 See Prisoners A-XX Inclusive v State of New South Wales. Supreme Court of New South Wales Court of Appeal, Meagher, Sheller and Powell JJA, unreported decision of 8 August 1995.
- 14 Reported in [Australian] *HIV/AIDS Legal Link* 1996; 7(1) at 4. See also The Editor. Australia - Condoms in Prisons in New South Wales. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter* 1996; 2(4).
- 15 See *supra*, note 3.

- 16 See C McLeod. Is There a Right to Methadone Maintenance Treatment in Prison? Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter 1996; 2(4): 22-23.
- 17 Letter from Dr S de Vlaming to Mr Soper, no date (on file with author).
- 18 These arguments are addressed in Appendix 2, *infra*. R Elliott. Prisoners' Constitutional Right to Sterile Needles and Bleach.
- 19 See A Linden. Reconsidering Tort Law as Ombudsman. In: F Steel, S Rodgers-Magnet (eds). *Issues in Tort Law*. Toronto: Carswell, 1983, at 1-23; A Linden. *Canadian Tort Law*. Toronto: Butterworths, 1993, at 1-29.
- 20 *Milgaard v Mackie et al* (1994) 118 DLR (4th) 653 (Sask CA); leave to appeal to SCC refused with costs, 2 February 1995.
- 21 Winnipeg Free Press, 6 September 1994.
- 22 Winnipeg Free Press, 4 July 1995.
- 23 Eg, not preventing injury of one prisoner by another (*Dixon v State of Western Australia* [1974] WAR 69; *L v Commonwealth* (1977) 10 ALR 269; *Nada v Knight* (1990) Australian Torts Reports 81-032); failing to protect detainees from injuring themselves (*Howard v Jarvis* (1958) 98 CLR 177).
- 24 *Supra*, note 11.
- 25 Correctional Service Canada. *HIV/AIDS in Prisons: Final Report of the Expert Committee on AIDS and Prisons*. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada, 1994; PASAN. *HIV/AIDS in Prison Systems: A Comprehensive Strategy. A Brief from the Prisoners with HIV/AIDS Support Action Network (PASAN) to the Minister of Correctional Services and the Minister of Health*. Toronto: The Network, June 1992.
- 26 See, eg, A Grimsley. *HIV/AIDS: Education and Training*. In: J Fortuin (ed). *Issues in HIV/AIDS in the Australian Prison System*. Canberra: Australian Institute of Criminology, 1992, at 1, 18; The AIDS Council of NSW et al. *Prisons and Blood Borne Communicable Diseases. The Community Policy*. Darlinghurst: The Council, September 1995.
- 27 R Jürgens, N Gilmore. Canadian Expert Committee on AIDS and Prisons Releases Final Report. [Australian] HIV/AIDS Legal Link 1994; 5(3): 12.
- 28 See Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter 1994; 1(1): 1; 1995; 1(4): 2; 1996; 2(4):1.
- 29 See, eg, ECAP: Final Report, *supra*, note 25 at 68-69; K Dolan. Evaluation of a Program of Syringe Decontamination for NSW Prisoners. Unpublished paper presented at the Australian and New Zealand Society of Criminology 10th Annual Conference, 28 September 1994, at 7.

30 *Supra*, note 11, paras 14-15.

31 Plaintiff's Outline of Submissions, para 1.7.

32 McLaughlin J in *Hall v Hebert* (1993) 101 DLR (4th) 129.

33 Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter 1995; 1(2): 2-3 at 3.

34 LE Rozovsky, FA Rozovsky. *AIDS and Canadian Law*. Toronto: Butterworths, 1992, at 54.

35 J Norberry. HIV/AIDS, Prisons and the Law. In: J Fortuin (ed). *Issues in HIV/AIDS in the Australian Prison System*, *supra*, note 26 at 83, 92.

36 *Melbourne Age*, 7 June 1994; *The Australian*, 7 June 1994; *Melbourne Age*, 3 February 1995.

37 See *supra*, note 16.

38 M Kirby. WHO Global Commission, AIDS Recommendations and Prisons in Australia. In: J Norberry et al (eds). *HIV/AIDS and Prisons Conference Proceedings*. Canberra: Australian Institute of Criminology, 1991; 4: 7, 19.

VIH/sida et prisons: rapport final

Préparé par Ralf Jürgens

© Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, Montréal, 1996

ISBN 1-896735-05-3

Annexe 2

Droit constitutionnel des détenus à des aiguilles et à de l'eau de Javel

par Richard Elliott

[Résumé](#)

[L'auteur](#)

[Introduction](#)

[Droits des détenus à la protection](#)

[Article premier: les atteintes de l'État aux droits que la Charte reconnaît aux détenus sont-elles justifiées?](#)

[Conclusion](#)

Résumé

Les détenus ont-ils droit aux moyens qui leur permettraient de se prémunir contre le VIH et d'autres agents infectieux en milieu carcéral? Peut-on contraindre les systèmes carcéraux à fournir des condoms, de l'eau de Javel et des aiguilles stériles? Peut-on et devrait-on avoir recours au droit pour modifier les politiques carcérales relatives au VIH/sida?

Richard Elliott aborde ces questions dans l'article qui suit. En particulier, l'auteur se demande si l'on peut soutenir que le fait de refuser aux détenus l'accès à des aiguilles stériles (et à de

l'eau de Javel) est une violation de leurs droits constitutionnels.

L'auteur

Richard Elliott est un stagiaire en droit à Toronto et membre du Réseau juridique canadien VIH/sida. Son texte a été présenté pour la première fois au Premier atelier canadien VIH/sida et prisons, Kingston, le 20 août 1995, puis publié en annexe à *VIH/sida et prisons: un document de travail*. Pour inclusion au présent rapport final, le texte a été mis à jour et légèrement révisé. Une version abrégée a été publiée dans le *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1995, 2(1).

Introduction

On sait que les détenus se partagent souvent des aiguilles contaminées pour l'injection de drogue intraveineuse, mais le Service correctionnel du Canada (SCS) et tous les systèmes carcéraux provinciaux refusent encore aux détenus l'accès à des aiguilles stériles; plusieurs systèmes refusent même l'accès à de l'eau de Javel. Peut-on soutenir que le fait de refuser aux détenus l'accès à des aiguilles stériles (et à de l'eau de Javel) est une violation de leur droits constitutionnels?

On peut soutenir que trois articles de la *Charte* garantissent le droit à la protection des détenus et pourraient être invoqués pour obtenir la mise en oeuvre d'échanges d'aiguilles et de distribution de troussees d'eau de Javel dans les prisons.

Droits des détenus à la protection

Article 7: droits à la vie et à la sécurité de la personne

Deux arrêts importants de la Cour suprême du Canada laissent entendre que le droit des détenus d'être protégés contre l'infection à VIH pourrait être considéré comme un aspect du droit «à la sécurité de la personne» (en vertu de l'art. 7 de la *Charte*, «chacun a le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale»).

Jurisprudence

Dans l'arrêt *Singh c. Ministre de l'Emploi et de l'Immigration*, [1985] 1 R.C.S. 177, le juge Wilson a statué que l'art. 7 englobe tout autant la protection contre la menace d'un châtement corporel ou de souffrances physiques que la protection contre le châtement lui-même; le juge a cité en l'approuvant la conclusion à laquelle était arrivé le tribunal dans le jugement *Collin c. Lussier*, [1983] 1 C.F. 218 (1^{ère} inst.), suivant lequel il est porté atteinte à la sécurité de la personne non seulement par l'atteinte réelle à la santé, mais également par la probabilité d'une atteinte à la santé.

Dans l'arrêt *R. c. Morgentaler*, [1988] 1 R.C.S. 30, le juge Wilson a statué que l'ingérence de l'État dans l'intégrité corporelle porte atteinte au droit à la sécurité de la personne et le juge en chef Dickson a également jugé que l'art. 7 s'étend aux limitations, imposées par l'État, de la possibilité d'obtenir des soins médicaux bénéfiques lorsque ces limitations ne tiennent pas suffisamment compte des besoins, des priorités et des aspirations des intéressés. Le juge Beetz a souscrit à la conclusion selon laquelle il y a violation de l'art. 7 lorsqu'une telle limitation met en danger la vie ou la santé de quelqu'un.

À la lumière de ces arrêts, on pourrait soutenir que le fait de refuser l'accès à des aiguilles stériles (et à de l'eau de Javel) viole la sécurité de la personne des détenus en augmentant le risque d'infection à VIH. (La violation du droit à la vie n'est que la suite logique de cet argument, puisque l'infection à VIH est considérée comme ultimement mortelle.)

Article 7: un recours juridique «préventif»

L'article 7 offre un recours juridique «préventif». Il peut être invoqué pour prévenir un préjudice futur résultant du fait de l'État (par exemple, la transmission future, entre détenus, du VIH ou d'autres agents infectieux transmissibles par le sang, comme l'hépatite C). Il est vrai que, d'après l'arrêt de la Cour suprême, *Operation Dismantle Inc. c. R.* (1985), 45 C.C.C. (3d) 57, l'art. 7 n'impose pas au gouvernement l'obligation de ne pas accomplir des actes qui *pourraient* avoir pour conséquence de porter atteinte ou de menacer de porter atteinte à la vie des individus et à la sécurité de leur personne: «Une obligation du cabinet fédéral ne peut être créée par des conjectures et hypothèses sur les effets possibles de l'action gouvernementale.» Le contexte de l'affaire *Operation Dismantle* est important à la compréhension de cette conclusion. La Cour a conclu que les décisions de politique étrangère d'autres pays - y compris leur réaction à la décision du Cabinet fédéral de permettre aux États-Unis de faire l'essai de missiles *cruise* au Canada - «ne sauraient être prédites à partir de la preuve, avec un degré de certitude qui approcherait de la probabilité».

Le refus du gouvernement de donner accès à des aiguilles stériles (et à de l'eau de Javel) est différent: les résultats probables de cette (in)action gouvernementale sont beaucoup plus clairs et prévisibles. En outre, l'incertitude qui découle de variables qui échappent au contrôle du gouvernement national et qui a tant troublé la Cour dans *Operation Dismantle* est absente dans le cas qui nous intéresse: le contrôle exclusif de l'État ne pourrait être plus évident qu'en

milieu carcéral.

Bien que la demande de *Operation Dismantle* ait été rejetée et que la Cour ait adopté une approche conservatrice à l'égard de l'art. 7, la Cour a néanmoins affirmé que cet article pouvait être appliqué pour empêcher des torts prévisibles. Le juge en chef Dickson, qui a rédigé l'arrêt au nom de la Cour, a pris la peine de faire remarquer qu'une obligation gouvernementale de ne pas faire des choses qui mettent en danger les droits garantis à l'art. 7 naît «lorsqu'on peut dire qu'il pourrait être démontré qu'une atteinte à la vie et à la sécurité de la personne résulte de l'acte gouvernemental attaqué.» Il a ajouté:

Je n'insinue pas que la réparation judiciaire est inadéquate dans les cas où un dommage éventuel est allégué. Le fait est que la réparation n'est pas justifiée lorsqu'il est impossible d'établir le lien entre l'acte et le dommage éventuel.

Lien entre le refus de donner accès à des aiguilles stériles (et à de l'eau de Javel) et le risque accru d'infection à VIH

Le succès d'un argument selon lequel le refus de donner accès à des aiguilles stériles (et à de l'eau de Javel) viole la sécurité de la personne des détenus dépendra en grande partie de la preuve présentée pour établir (1) le rapport entre l'usage de drogue injectable, le partage d'aiguilles et la transmission du VIH en milieu carcéral, et (2) que le fait de refuser l'accès à des aiguilles stériles et à de l'eau de Javel contribue directement au risque d'infection à VIH. De nombreuses études démontrent ce lien; elles établissent que:

- la séroprévalence du VIH en milieu carcéral est plus élevée que dans la population générale;
- il en est ainsi à cause du nombre relativement plus élevé, en milieu carcéral, de personnes à plus haut risque de contracter le VIH, en particulier celles qui font usage de drogue injectable.

La séroprévalence du VIH en milieu carcéral

Les statistiques même du SCC indiquent que de janvier 1989 à mars 1996, le nombre de cas signalés de VIH/sida dans les prisons fédérales est passé de 14 à 159. Dans son rapport de 1990, le Comité parlementaire sur le sida a affirmé que les chiffres officiels du SCC devaient être considérés «avec réserves» car ils ne comprennent que les cas d'infection à VIH et de sida dont le SCC a connaissance: «la réalité doit être tellement différente que ces statistiques ne sont d'aucune utilité.»[1]

Au moins sept études sur la séroprévalence du VIH parmi des populations de détenus ont été entreprises jusqu'à maintenant au Canada. Toutes ont montré que les taux de séroprévalence du VIH en milieu carcéral sont beaucoup plus élevés que dans la population générale. Les

études dans lesquelles on a recueilli des données sur les comportements à risque des détenus ont pu montrer en outre que les taux de séroprévalence parmi les détenus ayant des antécédents d'usage de drogue injectable sont considérablement plus élevés que parmi les détenus qui n'ont pas de tels antécédents:

- Une étude de 1989 sur 248 femmes détenues dans une prison provinciale québécoise à sécurité intermédiaire a révélé que 52% des participantes étaient des utilisatrices de drogue injectable (UDI) et que 25% disaient que la prostitution avait été leur principale source de revenu juste avant leur incarcération. Le taux global de séroprévalence du VIH était de 7,7%, alors que le taux parmi les détenues UDI était de 14,6%. Toutes celles qui ont été diagnostiquées séropositives au VIH étaient des UDI.[2]
- Une étude de 1991 parmi 588 hommes dans deux établissements correctionnels provinciaux québécois a révélé des taux de séroprévalence du VIH de 4,7% et de 2,0%, respectivement; 7,6% des détenus ayant des antécédents d'usage de drogue injectable étaient séropositifs au VIH, par rapport à seulement 0,4% de détenus qui n'avaient pas de tels antécédents.[3]
- La première étude entreprise dans une prison fédérale - l'établissement Joyceville en Ontario - a révélé un taux de séroprévalence de 1% parmi les 50% de détenus qui se sont soumis volontairement à un test de détection. Les auteurs de l'étude ont noté que ce chiffre pouvait être une sous-estimation du fait «qu'il faut considérer le biais causé par les individus à haut risque qui ont choisi de ne pas participer.»[4]
- Une étude de 1994 sur les détenues dans la prison fédérale pour femmes à Kingston a révélé un taux de séroprévalence du VIH de 0,9%; les chercheurs ont également noté que 40% des participantes avaient été infectées par le virus de l'hépatite C.[5] Dans la population carcérale, la séroprévalence pour l'hépatite C représente vraisemblablement un indice d'usage de drogue injectable à un moment donné chez la plupart de ceux qui sont diagnostiqués séropositifs et indique un risque troublant de propagation du VIH.
- Une étude de 1994 menée dans toutes les prisons pour adultes de la Colombie-Britannique a révélé un taux global de prévalence du VIH de 1,1%. Parmi les femmes, ce taux était de 3,3%, un chiffre attribuable à la plus haute proportion d'UDI chez les détenues. Ceux qui ont signalé des antécédents d'usage de drogue injectable étaient quatre fois plus susceptibles d'être séropositifs au VIH que ceux qui n'en avaient pas (2,4% contre 0,6%).[6]
- Une étude de 1993 menée parmi plus de 12 000 personnes qui entraient dans

les prisons, centres de détention et centres pour jeunes en Ontario a révélé des taux de séroprévalence du VIH de 1% parmi les hommes adultes et 1,2% parmi les femmes adultes. Les taux étaient les plus élevés parmi ceux qui avaient des antécédents connus d'usage de drogue injectable. Parmi les hommes adultes, les UDI avaient un taux de 3,6% à comparer à un taux de 0,6% parmi les non UDI. Parmi les femmes adultes, 4,2% des UDI étaient séropositives au VIH, à comparer à 0,5% pour les non UDI.[7]

- En 1994, une étude effectuée auprès de 618 détenus du Centre de détention de Québec a décelé des taux de prévalence du VIH de 2,2% chez les hommes et de 7,6% chez les femmes. Le taux général de participation était de 95,8% (618/645). Tous les hommes séropositifs étaient des UDI, pour un taux de prévalence de 8,3% (11/132) au sein de ce groupe. La prévalence était de 15,9% (10/63) parmi les hommes UDI qui ont affirmé avoir déjà partagé des seringues, alors que parmi les autres UDI elle était de 1,4% (1/69). Douze détenus de sexe masculin ont affirmé s'être injecté de la drogue au cours de leur détention, dont 11 avaient partagé des aiguilles et 3 étaient séropositifs. La prévalence du VIH parmi les hommes qui ont affirmé avoir eu des relations sexuelles avec d'autres hommes était de 9,6% (5/52). Parmi les femmes séropositives, 7 étaient des UDI et 2 avaient eu des contacts sexuels avec des hommes UDI. La prévalence du VIH était de 15,6% (7/45) parmi les femmes UDI. Parmi 41 femmes liées à la prostitution, 29 étaient des UDI. Toutes les 5 prostituées séropositives étaient des UDI.[8]

L'usage de drogue et le partage de matériel d'injection en milieu carcéral

Il existe une preuve comme quoi non seulement les taux d'infection sont beaucoup plus élevés parmi les détenus - en particulier, ceux qui ont des antécédents d'usage de drogue injectable - que dans la population générale, mais également que les activités à haut risque, par exemple le partage de matériel d'injection parmi les détenus, sont répandues. Cela n'a rien de surprenant vu que la principale réaction de la société face à l'usage de la drogue est la criminalisation et l'incarcération; après les États-Unis, le Canada a le plus haut taux per capita d'incarcération pour les infractions liées à la drogue.[9] Une étude du SCC de 1989-90 a révélé que plus de 10% des détenus avaient signalé avoir consommé de la drogue à tous les jours dans les six mois qui ont précédé l'incarcération, et plus de 53% de tous les détenus fédéraux avaient été classifiés par le SCC comme ayant un problème grave de toxicomanie. [10]

Une étude des bénéficiaires d'un programme d'échange d'aiguilles de Vancouver a révélé que presque tous les UDI partagent des aiguilles à un moment donné dans leur vie. L'étude cite le manque de matériel d'injection facilement accessible, abordable et stérile, comme l'un des principaux motifs qui poussent les détenus à partager le matériel.[11] Une étude de 1991 a révélé que plus de 80% des UDI qui participaient au programme municipal d'échange

d'aiguilles de Toronto avaient passé au moins une nuit en prison depuis qu'ils avaient commencé à s'injecter de la drogue; 25% de ce nombre ont signalé avoir partagé du matériel d'injection pendant leur détention.

Les données obtenues dans d'autres pays confirment les préoccupations soulevées. Aux États-unis, des statistiques établies par le ministère de la Justice indiquent qu'environ un quart des détenus des États avaient utilisé des aiguilles pour s'injecter de la drogue. La séroprévalence variait d'un système carcéral à l'autre, atteignant 17% chez les nouveaux arrivants dans les prisons d'État de New York. En 1991, 28% de tous les décès dans les prisons d'État étaient attribuables au sida. Parmi les détenus qui ont subi un tests de détection de l'anti-VIH:

- 0,8% de ceux qui ont affirmé ne jamais avoir pris de drogue,
- 2,5% de ceux qui avaient déjà pris de la drogue,
- 4,9% de ceux qui utilisaient des aiguilles pour s'injecter de la drogue, et
- 7,1% de ceux qui partageaient des aiguilles

avaient été diagnostiqués séropositifs au VIH, d'où la conclusion prévisible selon laquelle «l'usage d'aiguilles augmentait la probabilité de séropositivité.»[12]

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a recueilli des données montrant un taux global de séroprévalence supérieur à 10% dans les prisons des états membres du Conseil de l'Europe, et de près de 26% dans les prisons espagnoles. L'OMS a aussi noté que le taux global de séroprévalence dans les prisons de ces pays est intimement lié à la proportion de détenus toxicomanes.[13]

Au Royaume-Uni, une étude a révélé que les trois quarts de ceux qui s'injectaient de la drogue en prison affirmaient avoir partagé des aiguilles et des seringues; en moyenne, le matériel était partagé douze fois. En outre, ceux qui s'injectaient de la drogue en prison étaient considérablement plus susceptibles de partager du matériel que s'ils avaient été à l'extérieur de prison; seulement 45% ont affirmé avoir partagé du matériel avant l'incarcération, tandis que 73% affirmaient en avoir partagé en prison.[14] Une autre étude des UDI de Londres a révélé que 79% de ceux qui s'étaient injecté de la drogue pendant leur incarcération avaient partagé du matériel.[15] Une étude chez les détenus à Édimbourg, en Écosse, a révélé que 92% des détenus séropositifs au VIH s'étaient injecté de la drogue en prison, et que 85% avaient partagé des aiguilles pendant leur incarcération.[16]

L'issue prévisible de ces tendances s'est vérifiée avec une vague de nouveaux cas de VIH et d'hépatite B dans une prison écossaise en 1993. En tout, 7% des détenus étaient séropositifs

au VIH; tous ceux qui ont été diagnostiqués séropositifs s'étaient injecté de la drogue et avaient partagé des seringues pendant leur incarcération. Les enquêteurs ont conclu: «Le partage des aiguilles et des seringues a indubitablement été le comportement à l'origine de la contagion...des cas où l'on a signalé le partage d'une même aiguille et seringue entre vingt et trente détenus indiquent qu'il a eu partage au hasard.»[17]

Principes de justice fondamentale

À la lumière des preuves actuelles, il ne fait aucun doute qu'il existe un lien clair entre l'action étatique contestée — le refus de l'accès à des aiguilles stériles (et à de l'eau de Javel) — et le risque accru d'infection à VIH. Une fois ce lien établi, la prochaine étape consiste à démontrer que cette atteinte aux droits à la vie et à la sécurité de la personne n'est pas «en conformité avec les principes de justice fondamentale.» Ce qu'il faut entendre au juste par ces principes n'est pas tout à fait clair. Toutefois, dans l'arrêt *Motor Vehicle Act de la C.-B.*, [1985] 2 R.C.S. 486, la Cour suprême a affirmé qu'ils «se trouvent dans les préceptes fondamentaux de notre système juridique.» Si ces principes sont censés promouvoir la dignité et le bien-être de l'individu et de la société - et l'on présume qu'il s'agit là d'un but fondamental des droits constitutionnels comme la liberté et la sécurité de la personne - le fait de priver les gens du droit de se protéger eux-mêmes est-il compatible avec la notion de «justice fondamentale»?

Article 12: peines cruelles et inusitées

On pourrait aussi soutenir que le fait de refuser aux détenus des aiguilles stériles et de l'eau de Javel constitue un «traitement ou peine cruel et inusité» (en vertu de l'art. 12 de la *Charte*, chacun a droit à la protection contre tous traitements ou peines cruels et inusités»). D'après la Cour suprême du Canada dans l'arrêt *Miller et Cockriell c. La Reine*, [1977] 2 R.C.S. 680, une peine viole l'art. 12 si elle est «à ce point excessive qu'elle va à l'encontre de ce qui est acceptable». Ce critère de «disproportion exagérée» entre l'effet d'une peine et ce qui aurait été approprié a été affirmé dans des arrêts subséquents.

Dans *R. c. Smith*. [1987] 1 R.C.S. 1045, la Cour suprême a statué qu'une peine viole l'art. 12 de la *Charte* si elle:

- «choque la conscience collective» ou «porte atteinte à la dignité humaine»; ou
- «va au-delà de ce qui est nécessaire pour atteindre un objectif social régulier, compte tenu des objectifs pénaux légitimes et du caractère adéquat des solutions de rechange possibles».

Dans l'arrêt subséquent *R. c. Goltz* (1991), 67 C.C.C. (3d) 418 (C.S.C.), la Cour a noté qu'il faut examiner la nature et les conditions d'une peine, et non simplement sa durée, pour déterminer si elle est cruelle et inusitée.

On pourrait soutenir que le fait de refuser aux détenus le droit de se protéger contre l'infection à VIH n'est pas un objectif pénal légitime. En outre, des recherches comme celles dont il a été question ci-dessus indiquent que d'autres approches au problème de l'usage de drogue injectable en prison, fondées sur un modèle de réduction des méfaits, sont plus rationnelles et efficaces qu'un refus global de l'accès à du matériel d'injection stérile.

L'interdiction semble encore plus excessive à la lumière de la *Loi (fédérale) sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, qui prévoit que le système correctionnel doit assurer la protection des détenus, assurer les soins sécuritaires et humanitaires des contrevenants et établir des programmes pour atteindre ces objectifs. La *Loi* prévoit également que les détenus conservent les droits et privilèges dont jouissent tous les membres de la société, à l'exception de ceux qui sont nécessairement limités en raison de leur sentence. Ce principe a également été reconnu par les tribunaux: «Le détenu conserve tous les droits civils qui ne lui ont pas été retirés expressément ou par implication nécessaire»: *Raymond v. Honey*, [1982] 1 All ER 756, à la p. 759 (H.L.). Les gens à l'extérieur ont accès à des programmes d'échange de seringues; pourquoi le fait de refuser aux détenus l'accès à ces programmes serait-il une conséquence nécessaire de l'incarcération?

L'article 12 a été invoqué avec succès dans l'affaire *R. v. Downey*, (1989) 42 CRR 286 (Ont. Dist Ct). Dans cette affaire, le tribunal a statué que les centres de détention de Toronto n'offraient pas d'installations qui dispensaient des traitements adéquats aux détenus ayant le VIH/sida; par conséquent, la détention de l'accusé constituait un traitement cruel et inusité et le tribunal a ordonné sa libération sur son propre engagement. Cette affaire portait sur l'accès aux soins adéquats pour ceux qui étaient déjà infectés. Cependant, elle est importante: elle laisse entendre qu'un tribunal pourrait accepter la thèse selon laquelle le refus de donner aux détenus l'occasion d'empêcher l'infection au départ est lui aussi inconstitutionnel.

Article 15: droits à l'égalité

Ce dernier argument est intimement lié à un éventuel argument fondé sur les droits à l'égalité: le fait de refuser aux détenus l'accès à des méthodes de protection qui sont offertes aux personnes de l'extérieur constitue-t-il de la discrimination au sens de l'article 15 de la *Charte*? En vertu de l'art. 15 (1), «la loi ne fait acception de personne et s'applique également à tous, et tous ont droit à la même protection et au même bénéfice de la loi, indépendamment de toute discrimination, notamment des discriminations fondées sur la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, le sexe, l'âge ou les déficiences mentales ou physiques.» Pour avoir gain de cause, il faudrait démontrer que le statut de détenu est un motif prohibé de discrimination analogue à ceux énumérés à l'art. 15. D'après la jurisprudence dans laquelle on interprète l'art. 15, il faudrait démontrer non seulement que les détenus sont traités différemment des non détenus, mais aussi que cette distinction impose des désavantages aux détenus ou les prive d'avantages auxquels d'autres ont accès.

On constate une tendance troublante, dans la jurisprudence récente, à limiter la protection accordée par l'art. 15 aux «minorités discrètes et isolées» ou aux groupes ou individus qui pouvaient prouver qu'ils étaient l'objet de stéréotypes, de vulnérabilité aux préjugés ou de désavantage historique quelconques, mis à part la distinction contestée. Il n'est peut-être même pas suffisant d'obtenir cette reconnaissance, comme le démontre l'arrêt récent *Egan et Nesbit*, du 25 mai 1995, no. 23636 (CSC) qui refuse la reconnaissance de rapports entre personnes du même sexe. Une telle méthode d'interprétation a pour effet de rendre l'art. 15 statique, ce qui permet aux tribunaux de redresser les cas de discrimination passée, mais les empêche de reconnaître de nouveaux groupes cibles ou de nouvelles catégories de discrimination. Ce résultat va à l'encontre des nombreuses affirmations comme quoi l'art. 15 doit être interprété en fonction du contexte et que tous les droits reconnus par la *Charte* doivent être l'objet d'une interprétation libérale et fondée sur l'objet visé.

Cependant, on peut tout de même soutenir que ces conditions ne sont pas des exigences absolues pour conclure qu'une distinction est «discriminatoire» au sens de l'art. 15, mais simplement des «signes de discrimination» (comme l'a affirmé le juge Wilson dans l'arrêt *R. v. Turpin*, [1989] 1 R.C.S. 1296, à la p. 1333) qui aident à l'interprétation. Même si l'on interprète restrictivement l'art. 15 de manière à exiger la preuve d'un désavantage historique pour pouvoir conclure qu'une distinction juridique donnée est «discriminatoire», on pourrait prouver que les détenus constituent effectivement un tel groupe.

Article premier: les atteintes de l'État aux droits que la Charte reconnaît aux détenus sont-elles justifiées?

Si l'on peut établir que l'un des droits susmentionnés a été violé, l'État tentera de justifier l'interdiction relative aux aiguilles et à l'eau de Javel en invoquant l'article premier de la *Charte*. Il plaidera probablement qu'il vise à empêcher l'usage de drogue injectable en milieu carcéral et à assurer la sécurité des agents de correction et des détenus (d'après l'article premier, la *Charte* «garantit les droits et libertés qui y sont énoncés. Ils ne peuvent être restreints que par une règle de droit, dans des limites qui soient raisonnables et dont la justification puisse se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique.»).

Pour réfuter ces allégations, il faudra prouver qu'il n'y a aucun «lien rationnel» entre la politique qui consiste à interdire les aiguilles et l'eau de Javel, d'une part, et l'objectif d'empêcher l'usage de la drogue, d'autre part (un critère établi par la Cour suprême dans l'arrêt *R. c. Oakes* (1986), 24 C.C.C. (3d) 321). On peut faire cette preuve.

- Premièrement, les études citées ci-dessus (et d'autres) montrent que, malgré l'absence de matériel stérile, les détenus continuent de consommer de la drogue et que le partage d'aiguilles augmente à cause de la pénurie de matériel

d'injection.

- Deuxièmement, la mise en oeuvre d'un programme d'échange d'aiguilles ne menacera pas la santé des agents de correction: si les aiguilles étaient échangées une contre une (une aiguille utilisée contre une aiguille stérile), il n'y aurait pas d'augmentation nette du nombre d'aiguilles en milieu carcéral. En fait, un tel programme d'échange d'aiguilles augmenterait probablement la sécurité des agents de correction, réduisant leurs chances de se piquer ou d'être piqués avec une aiguille contaminée. Même si le fait de fournir des aiguilles avait pour effet d'augmenter le nombre global d'aiguilles en la possession des détenus, on pourrait établir des règles pour assurer la sécurité du personnel, comme l'a démontré le projet pilote suisse.[18]

En outre, il convient de signaler que le fait de refuser aux détenus l'accès à des seringues stériles et à de l'eau de Javel risque de ne pas satisfaire à l'exigence formulée dans l'arrêt *Oakes*, à savoir qu'il faut «porter le moins possible» atteinte aux droits constitutionnels: le fait de placer des détenus dans une situation à risque accru d'infection à VIH n'est certainement pas qu'une atteinte minimale au droit à la protection, qu'il s'agisse d'un droit prévu à l'art. 7, à l'art. 12, à l'art. 15 ou à ces trois articles. Dans l'arrêt *McKinney c. University of Guelph* (1990), 76 D.L.R. (4th) 545 (C.S.C.), la Cour suprême a statué que les tribunaux doivent s'appuyer sur les connaissances disponibles, y compris la preuve fondée sur les sciences sociales, pour apprécier la question de l'atteinte minimale: encore une fois, on peut présenter une preuve des effets de l'interdiction de la possession d'aiguilles stériles ou d'eau de Javel pour établir la gravité de la violation contestée.

Conclusion

Bien que la *Charte* offre un recours juridique «préventif» et qu'une action en justice puisse être instituée pour empêcher des cas ultérieurs de transmission du VIH, il semble que la meilleure cause-type pour faire valoir les arguments fondés sur la *Charte* serait celle qu'intenterait un détenu infecté à cause du partage d'aiguilles pendant son incarcération. Dans un tel cas, le tribunal serait en présence d'un préjudice actuel qui découlerait, en partie du moins, de l'interdiction de l'État - par opposition à un cas où on lui demanderait d'annuler la politique gouvernementale parce qu'elle risque éventuellement de causer du tort.

Enfin, indépendamment des dispositions de la *Charte* que l'on invoque pour faire valoir ces arguments, il est important de souligner que le droit constitutionnel que l'on plaide n'est pas le «droit» des détenus de consommer de la drogue injectable, mais leur droit de se protéger contre l'infection à VIH, vu la réalité - reconnue par les systèmes correctionnels - que l'usage de la drogue et le partage des aiguilles ont lieu en milieu carcéral.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1] *Le SIDA : un défi*, Rapport du Comité parlementaire sur le SIDA, 1990, p. 52

[2] C. Hankins et coll., «Infection au VIH-1 dans une prison à sécurité intermédiaire pour femmes - Québec», *Rapport hebdomadaire des maladies du Canada* (1989) 15(33): 168-170.

[3] C. Hankins et coll., «Infection au VIH-1 chez les hommes incarcérés - Québec», *Rapport hebdomadaire des maladies au Canada* (1991), 17(43): 233, 234.

[4] P.M. Ford et coll., «Séroprévalence du VIH-1 dans un pénitencier à sécurité moyenne pour hommes - Ontario», *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 1994, 20(6): 45-47.

[5] P.M. Ford et coll., «Séroprévalence de l'hépatite C dans un pénitencier fédéral pour femmes au Canada», *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 21(14): 132-134.

[6] D. Rothon et coll., «Prevalence of HIV Infection in Provincial Prisons in British Columbia», *Journal de l'Association Médicale canadienne*, 1994, 151(6): 781-787.

[7] L. Calzavara, «Preliminary Results from an Anonymous Unlinked HIV Seroprevalence Study of Inmates in Ontario», *Le VIH/sida en milieu carcéral: documentation*, Ottawa, Ministre des Approvisionnement et Services Canada, 1994.

[8] A. Dufour et coll., «HIV Prevalence Among Inmates of a Provincial Prison in Québec City», *Journal canadien des maladies infectieuses*, 1995, 6(suppl. B): 31B.

[9] D. Riley, «La consommation de drogues dans les prisons», *Le VIH/sida en milieu carcéral : documentation*, *supra*, note 7, à la p. 174.

[10] *Ibid.*

[11] J. Bardsley et coll., «Vancouver's Needle Exchange Program», *Canadian Journal of Public Health*

1990, 81:
39-45.

[12] C. Harlow, «HIV in U.S. Prisons and Jails», *Bureau of Justice Statistics: Special Report 4*, Washington D.C., Department of Justice, septembre 1993.

[13] T. Harding, «AIDS in Prison», *The Lancet* 1987; ii: 1260-63.

[14] P. Turnbull et coll., *Prisons, HIV and AIDS: Risks and Experiences in Custodial Care*, West Sussex: AVERT, 1991.

[15] A. Carvell, G. Hart, «Risk Behaviours for HIV Infection among Drug Users in Prison», *British Medical Journal*, 1990, 300: 1383-1384.

[16] D. Kennedy et coll., «Drug Misuse and Sharing of Needles in Scottish Prisons», *British Medical Journal*, 1991, 302: 1507.

[17] A. Taylor et coll., «Outbreak of HIV Infection in a Scottish Prison», *British Medical Journal*, 1995, 310: 289-292.¹⁸ Voir R. Jürgens et J. Barnett, «Résultats du premier atelier national sur le VIH/sida en milieu carcéral», *Bulletin canadien VIH/sida et droit* 1995, 2(1), 19-21; J. Nelles, A. Fuhrer, *Prévention du VIH et de la toxicomanie dans les Établissements de Hindelbank — Rapport succinct des résultats de l'évaluation*, Berne (Suisse), Office fédéral de la Santé publique, 1995.

VIH/sida et prisons: rapport final

Préparé par Ralf Jürgens

© Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, Montréal, 1996

ISBN 1-896735-05-3

Annexe 3

Liste des soumissions et réponses au *Document de travail*

Dans le cadre de son travail, le coordonnateur de projet avait préparé *VIH/sida et prisons: un document de travail*. Plus de 500 copies en ont été distribuées au Canada et à l'échelle internationale, afin de stimuler une discussion et de donner aux personnes intéressées dans les questions soulevées par le VIH/sida et l'usage de drogue en prison une occasion d'examiner le travail et les propositions du projet et d'y contribuer par leurs points de vue.

Plus de 70 réponses ont été reçues de détenus, membres du personnel correctionnel, médecins, avocats, ministères de la Santé ou chargés des services correctionnels, ainsi que d'organisations nationales et internationales. Les personnes suivantes ont transmis au projet leurs commentaires, critiques et suggestions sur les questions abordées dans le *Document de travail*.

Benoît, Gérald

Détenu et directeur , PWA-RAG, Établissement Dorchester, Dorchester, Nouveau-Brunswick

Bernheim, Jean-Claude

Président, Office des droits des détenu-e-s, Montréal, Québec

Bovair, Steve

Détenu et coordonnateur, Projet de conselling par les pairs sur le sida, Établissement Dorchester, Dorchester, Nouveau-Brunswick

Caillé, Martin

Attaché politique, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, Québec

Campbell, D. Scott

Sous-ministre adjoint par intérim, Population Health and Community Services, Gouvernement de l'Ontario, Toronto, Ontario

Christie, Adam

Rédactrice en chef, *The AIDS Reader*, Londres, Royaume-Uni

Cline, Eric

Ministre de la Santé, Regina, Saskatchewan

Culbert, Harold

Député de Carleton-Charlotte, Chambre des communes, Ottawa, Ontario

Davison, Janet

Sous-ministre adjoint, Population Health Division, Alberta Health, Edmonton, Alberta

de Bruyn, Theodore

HIV/AIDS Policy, Coordination and Programs Division, Santé Canada, Ottawa, Ontario

de Burger, Ron

Directeur, Programme sur le sida, Association canadienne de santé publique, Ottawa, Ontario

Demers, D. J.

Sous-ministre adjoint, Corrections Branch, Ministry of the Attorney General, Colombie-Britannique, Victoria, Colombie-Britannique

de Villiers, Priscilla

Présidente, Canadians Against Violence Everywhere Advocating Its Termination, Burlington, Ontario

DiCenso, Anne Marie

Réseau de soutien et d'action des prisonniers/ères atteints/tes du VIH/sida (PASAN), Toronto, Ontario

Dorf, Julie

Commission internationale des droits des gais et lesbiennes (IGLHRC), San Francisco, Californie

Dosanjh, Ujjal

Procureur général, Colombie-Britannique, Victoria, Colombie-Britannique

Farrell, Michael

Addiction Research Unit, National Addiction Centre, Department of Psychiatry, University of London, Londres, Royaume-Uni

Ferguson, Linda

Coprésidente du conseil d'administration, Réseau de soutien et d'action des prisonniers/ères atteints/tes du VIH/sida (PASAN), Toronto, Ontario

Foreman, Douglas

Détenu, Établissement Frontenac, Ontario

Gagnon, Hélène

Agente de projet, Point de Repères, Québec, Québec

Gibbs, Willie

Président, Commission nationale des libérations conditionnelles, Gouvernement du Canada

Gore, Sheila M.

MRC Biostatistics Unit, Cambridge, Royaume-Uni

Hart, William C.

Président, Advisory Commission on AIDS, Halifax, Nouvelle-Écosse

Hazlewood, Andrew

Directeur général, Health Protection and Safety Division, Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, Colombie-Britannique, Victoria, Colombie-Britannique

Ibbott, J. W.

Hémathologue clinique, Metro-McNair Clinical Laboratories, Burnaby, Colombie-Britannique; membre, Comité consultatif des services de santé, Service correctionnel du Canada

Iler, Michael

Détenu et président du Fraser Regional Correctional Centre HIV Support Group, Maple Ridge, Colombie-Britannique

King, Russell H. T.

Ministre de la Santé et des Services communautaires, Fredericton, Nouveau-Brunswick

Kirby, Michael

Juge, High Court of Australia, Sydney, Australie

Kovacs Burns, Katharina

Coordonnatrice de l'éducation, The AIDS Network, Edmonton, Alberta

Lacombe, Elysabeth

Montréal, Québec

Lalonde, Yves

Détenu, Établissement Dorchester, Dorchester, Nouveau-Brunswick

LeBlanc Pellerin, Odette

Chef régional des Services cliniques, Service correctionnel du Canada, Région de l'Atlantique, Établissement Dorchester, Dorchester, Nouveau-Brunswick

Linhart, Michael

Détenu, Établissement Ferndale, Mission, Colombie-Britannique

Lovely, Ken

Sous-ministre, Health and Social Services, Yellowknife, Territoires du Nord-Ouest

MacDonald, Gary R.

Président, Comité consultatif des services de santé, Service correctionnel du Canada, St. John's, Terre-Neuve

MacKinnon, Naomi

Attachée à la correspondance, ministère de la Santé, Winnipeg, Manitoba

Malo, Anne

HIV/AIDS Policy, Coordination and Programs Division, Santé Canada, Ottawa, Canada (anciennement coordonnatrice nationale, Programmes sur le sida, Service correctionnel du Canada)

Marleau, Diane

Ministre de la Santé, Ottawa, Canada

McCrae, James C.

Ministre de la Santé, Winnipeg, Manitoba

McKerrell, Neil

Sous-ministre adjoint, Division des Services correctionnels, ministère du Solliciteur général et des Services correctionnels, Toronto, Ontario

McNut Marvin J.

Director of Adult Corrections, Department of Justice, Government of Newfoundland and Labrador, St. John's, Terre-Neuve

Morissette, Michel R.

Médecin conseil, Centre de Santé publique de Québec, Beauport, Québec

Moritsugu, Kenneth P.

Assistant Surgeon General, Medical Director, Federal Bureau of Prisons, US Department of Justice, Washington DC, États-Unis

Nadelmann, Ethan

Directeur, The Lindesmith Center, New York, NY, États-Unis

O'Handley, Hank

Sous-ministre adjoint, Correctional Services Division, Alberta Justice, Edmonton, Alberta

Orr, Patricia

Central Alberta AIDS Network Society, Red Deer, Alberta

Oscapella, Eugene

Avocat, Ottawa, Ontario

Perron, Jean-Claude

Sous-commissaire, Région du Québec, SCC

Pickering, Barbe

Membre de la Canadian Association of Nurses in AIDS CARE, Maple Ridge, Colombie-Britannique

Ploem, Caroline

Coordonnatrice, Projet pilote d'éducation des pairs sur le sida, Sida Nouveau-Brunswick, Fredericton, Nouveau-Brunswick

Ray, Lynn

Présidente nationale, Syndicat des employés du Solliciteur général, Ottawa, Ontario

Rekart, Michael L.

Directeur, Division of STD/AIDS Control, Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, Province of British Columbia, Vancouver, Colombie-Britannique

Reventlow, Alette

Département des Prisons et de la Probation, Ministère de la Justice, Copenhague, Danemark

Richard, Christiane

Médecin, CLSC Ahunatic, Montréal, Québec; membre, Comité consultatif des services de santé, Service correctionnel du Canada; membre, Comité d'experts sur le sida et les prisons

Rochon, Jean

Ministre de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, Québec, Canada

Rodgers, Leslie

Détenu et chercheur qualitatif, Sing Sing Correctional Facility, New York, NY, États-Unis

Salisbury, Joe

Détenu et Vice-président, Comité des détenus, Établissement William Head, Victoria, Colombie-Britannique

Sann, Madeleine

Directrice de publication, *Criminal Law Forum*, Rutgers University, School of Law, Camden, NJ, États-Unis

Sawatsky, T. J.

Sous-commissaire, Région du Pacifique, SCC

Scott, Sheena

Directrice générale, Justice for Children and Youth, Canadian Foundation for Children Youth and the Law, Toronto, Ontario

Shewan, David

Chargé d'enseignement en psychologie, Glasgow Caledonian University, Glasgow, Écosse

Smith, Mike

Détenu et président, Comité des détenus, Établissement William Head, Victoria, Colombie-Britannique

Smyth, Alison

Analyste de politiques, Staffing and Health and Safety Policy Section, Staffing and Development Services Branch, Management Board Secretariat, Toronto, Ontario

Stewart, Graham

Directeur général, John Howard Society of Ontario, Kingston, Ontario

Stewart, Ronald D.

Ministère de la Santé, bureau du ministre, Halifax, Nouvelle-Écosse

Taylor, Bill

Détenu, Coordonnateur, Projet de counselling par les pairs sur le sida, Établissement
Dorchester, Dorchester, Nouveau-Brunswick

Till, R. J.

Executive Director of Corrections, Saskatchewan Justice, Regina, Saskatchewan

Timberlake, Susan

Conseillère en droits de la personne, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida,
Genève, Suisse

Vander Vliet, Buzz

Central Alberta AIDS Network Society, Red Deer, Alberta

Ventura, Cathie

Analyste de politiques, Politiques et planification, Commission canadienne des droits de la
personne, Ottawa, Ontario

Wonnacott, Jack E.

Détenu, Établissement Mission, Mission, Colombie-Britannique

Whitelock, Penelope

Program Development, Atlas Medical Resources, Ottawa, Ontario

Wushke, Ralph Carl

Membre du Comité consultatif national sur le sida, Saskatoon, Saskatchewan

Yeomans, Donald R.

Anciennement Commissaire du Service correctionnel du Canada; membre, Comité d'experts
sur le sida et les prisons, Ottawa, Ontario

Zeegers Paget, Dina

Division sida, Office fédéral de la Santé publique, Berne, Suisse

Zubrycki, Richard

Directeur général, Corrections, Solliciteur général du Canada, Ottawa, Ontario

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

VIH/sida et prisons: rapport final

Préparé par Ralf Jürgens

© Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, Montréal, 1996

ISBN 1-896735-05-3

Annexe 4

Projet conjoint Réseau/SCS sur les questions d'ordre juridique et éthique soulevées par le VIH/sida

Le Projet conjoint Réseau/SCS sur les questions d'ordre juridique et éthique soulevées par le VIH/sida s'est amorcé en janvier 1995 par une initiative de développement de cinq mois, puis est entré dans sa seconde phase en juin 1995.

Phase I

Au cours de la phase I (janvier à mai 1995), les activités et initiatives suivantes ont été entreprises:

- Les ressources existantes qui portent sur les questions d'ordre juridique et éthique soulevées par le VIH/sida ont été recherchées puis documentées. Elle ont été évaluées et incluses dans une enquête bibliographique et une bibliographie annotée.[1]
- Les principales questions d'ordre juridique et éthique soulevées par le VIH/sida au Canada ont été évaluées et classées par ordre de priorité. Après consultation avec plus de 60 personnes vivant avec le VIH/sida, représentants d'organismes communautaires, avocats, universitaires et analystes de la politique gouvernementale qui oeuvrent dans le domaine du VIH/sida, on a établi une liste de huit sujets, qui comprend les questions d'ordre juridique et éthique jugées prioritaires dans l'immédiat par les personnes et organismes consultés:

(1) questions d'ordre juridique soulevées par le VIH/sida en prison;

- (2) droit criminel et VIH/sida;
- (3) questions juridiques touchant les gais et lesbiennes;
- (4) dépistage et confidentialité;
- (5) discrimination;
- (6) accès aux soins et aux traitements;
- (7) lois et politiques en matière de drogue;
- (8) lois et politiques en matière de prostitution.

- Un plan détaillé a été élaboré pour la réalisation de ressources sur ces questions.
- Des personnes clés ont été repérées (personnes vivant avec le VIH/sida, représentants d'organisations communautaires, avocats, universitaires et analystes de la politique gouvernementale) qui oeuvrent dans le domaine du VIH/sida et qui pourraient participer à l'élaboration de ressources documentaires.
- Le coordonnateur du projet est entré en rapport avec diverses organisations gouvernementales et non gouvernementales, institutions et associations professionnelles, pour acquérir davantage d'appui au projet.

Phase II

Comme suite à l'initiative de développement, du financement a été obtenu de l'Unité des soins, traitements et soutien pour le sida, Santé Canada, des Programmes d'action communautaire et de prévention du VIH/sida, Santé Canada, du Service correctionnel du Canada et de Justice Canada, pour amorcer la Phase II du Projet, dont les objectifs sont de:

- stimuler une discussion aux niveaux local, provincial et national, sur les questions juridiques et éthiques soulevées par le VIH/sida;
- publier un document de travail sur chacune des huit questions identifiées comme prioritaires au cours de la phase I;

- tenir à travers le pays une série d'ateliers sur ces questions; et
- produire un ensemble compréhensif de documents de ressource sur ces questions, afin de guider le Canada dans son effort pour prévenir la propagation du VIH et pour mieux prendre soin des personnes infectées ou autrement affectées.

En juillet 1996, le travail du Projet était en cours sur les questions d'ordre juridique soulevées par le VIH/sida en prison; le droit criminel et le VIH/sida; les questions juridiques touchant les gais et les lesbiennes; et le dépistage et la confidentialité. Il avait permis de tenir des ateliers sur le droit criminel et le VIH/sida et sur les questions juridiques touchant les gais et les lesbiennes; et il avait donné lieu à la production des ressources suivantes:[2]

- VIH/sida et prisons: un document de travail (novembre 1995)
- Droit criminel et VIH/sida: un document de travail (avril 1996)
- Projet de loi C-8 — L'impact des lois canadiennes en matière de drogue sur la propagation du VIH (avril 1996)
- VIH/sida et prisons: rapport final (septembre 1996)
- Questions juridiques touchant les gais et lesbiennes: un document de travail (automne 1996)
- *Bulletin canadien VIH/sida et droit* (vol. 1, nos 1 à 4; vol. 2, nos 1 à 4)
- *Nouvelles du Projet conjoint* (no 1, juillet 1995; no 2, octobre 1995; no 3, mai 1996)

La plupart de ces ressources et d'autres renseignements sur le Projet conjoint sont disponibles notamment sur l'Internet à: <http://www.aidslaw.ca/>

Partenaires de cette initiative

Réseau juridique canadien VIH/sida

Le Réseau juridique canadien VIH/sida est le seul organisme communautaire de bienfaisance à oeuvrer au Canada sur les questions de politiques et de droit que soulève le VIH/sida. Fondé

en 1992, il se donnait pour mandats l'amélioration des connaissances et de l'éducation sur les aspects juridiques, éthique et de politiques liés à l'épidémie, ainsi que la promotion de réactions au VIH/sida qui respectent les droits de la personne.

Les services du Réseau s'adressent aux personnes vivant avec le VIH/sida, aux personnes autrement affectées et à celles qui travaillent dans ce domaine. Il facilite l'accès à une information juridique précise et à jour. Il relie les gens dont le travail et/ou les préoccupations personnelles touchent les questions sociales et légales pertinentes au VIH/sida, afin de limiter la propagation du VIH et de réduire son impact sur les gens que le VIH/sida affecte.

En octobre 1994, le Réseau amorçait la publication du *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, un trimestriel consacré aux questions d'ordre juridique, éthique et de politiques. Dès sa première parution, le *Bulletin* consacrait une attention particulière aux questions entourant le VIH/sida dans les prisons, au Canada et ailleurs. Il a pour objet d'éduquer et d'informer les élaborateurs de politiques, les avocats et toute personne impliquée dans les développements d'ordre juridique et des politiques, mais aussi de stimuler sur ces questions un débat fort nécessaire.

La Société canadienne du sida

La Société canadienne du sida est une coalition nationale qui appuie l'action communautaire dans le domaine du VIH/sida au Canada. La Société représente plus de 100 organismes communautaires canadiens qui prodiguent des programmes d'éducation, de soutien et d'intervention aux personnes et aux communautés touchées par le VIH/sida.

La Société est le porte-parole et la tribune nationale de la lutte communautaire contre l'infection à VIH et le sida. Elle défend les droits des personnes vivant avec le VIH/sida, agit à titre de ressource dans le domaine du VIH/sida auprès des organismes affiliés et coordonne la participation communautaire à une stratégie nationale de lutte contre l'épidémie. La Société s'acquitte de son rôle au moyen d'activités d'envergure nationale sur les plans de l'éducation, des traitements, des soins et du soutien.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

VIH/sida et prisons: rapport final

Préparé par Ralf Jürgens

© Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, Montréal, 1996

ISBN 1-896735-05-3

Annexe 5

Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le sida dans les prisons^[1]

[A. Principes généraux](#)

[B. Dépistage de l'infection à VIH dans les prisons](#)

[C. Mesures de prévention](#)

[D. Prise en charge des détenus infectés par le VIH](#)

[E. Confidentialité et VIH/SIDA](#)

[F. Soins et appui aux détenus infectés par le VIH](#)

[G. Tuberculose et infection à VIH](#)

[H. Femmes en prison](#)

[I. Pensionnaires des centres de détention pour délinquants juvéniles](#)

[J. Détenus étrangers](#)

[K. Semi-liberté et libération](#)

[L. Libération anticipée](#)

[M. Contacts avec la communauté et surveillance](#)

[N. Ressources](#)

[O. Évaluation et recherche](#)

Ces directives ont été établies sur la base des avis techniques donnés à l'OMS avant et pendant une consultation d'experts réunie à Genève en septembre 1992 et à laquelle ont assisté des représentants d'organisations internationales et non gouvernementales et de

départements gouvernementaux ayant une vaste expérience des problèmes posés par le VIH/SIDA dans les prisons sur le plan de la santé comme sur celui de la prise en charge des malades et de la protection des droits de l'homme.

Dans une perspective de santé publique, elles proposent des normes que devraient observer les autorités pénitentiaires désireuses de prévenir la transmission du VIH en milieu carcéral et de prendre en charge les individus infectés par le VIH/SIDA. On espère que ces autorités les adapteront aux besoins locaux.

Genève, mars 1993

A. Principes généraux

1. Tous les détenus ont le droit de recevoir, y compris à titre préventif, des soins équivalant à ceux qui sont mis à la disposition de la communauté sans discrimination aucune, notamment en ce qui concerne leur statut juridique ou leur nationalité.
2. Les principes généraux adoptés par les programmes nationaux de lutte contre le SIDA dans la population devraient s'appliquer également aux détenus.
3. Dans chaque pays, il conviendrait de définir des politiques spécifiques pour la prévention du VIH/SIDA dans les prisons et pour la prise en charge des détenus infectés par le VIH. Ces politiques et les stratégies appliquées dans les prisons devraient être mises au point dans le cadre d'une étroite collaboration entre les autorités nationales de santé, les administrations pénitentiaires et les représentants compétents de la communauté, y compris les organisations non gouvernementales. Ces stratégies devraient être incorporées à un programme plus large de promotion de la santé chez les détenus.
4. Les mesures de prévention du VIH/SIDA en prison devraient compléter celles prises au sein de la communauté et être compatibles avec elles. Ces mesures devraient également tenir compte des comportements à risque que l'on rencontre effectivement chez les détenus, notamment le partage des seringues chez les toxicomanes I.V. et les rapports sexuels non protégés. L'information et l'éducation données aux détenus devraient viser à provoquer une évolution réaliste dans les attitudes et les comportements à risque, en prison et après.
5. Les besoins des détenus et des autres individus en milieu pénitentiaire devraient être pris en compte dans la planification des programmes nationaux de lutte contre le SIDA et des services de santé communautaires et de soins de santé primaires, ainsi que dans la distribution des ressources, notamment dans les pays en développement.

6. La participation active des organisations non gouvernementales, la participation des détenus et le traitement non discriminatoire et humain des détenus infectés par le VIH et des détenus atteints du SIDA sont des préalables indispensables à toute stratégie crédible de prévention de la transmission du VIH.
7. Il importe de reconnaître que l'environnement pénitentiaire est fortement influencé à la fois par le personnel pénitentiaire et par les détenus eux-mêmes. L'un comme l'autre de ces deux groupes devrait, par conséquent, participer activement à l'élaboration et à l'application de mesures de prévention effectives, à la diffusion d'informations pertinentes et à la lutte contre la discrimination.
8. Les administrations pénitentiaires ont la responsabilité de définir et de mettre en place des politiques et des pratiques qui soient de nature à créer un environnement plus sain et à diminuer le risque de transmission du VIH aux détenus comme au personnel pénitentiaire.
9. Il conviendrait d'encourager des chercheurs indépendants à entreprendre des recherches sur le VIH/SIDA dans les populations carcérales, afin de jeter quelque lumière notamment sur les interventions entreprises dans ce contexte qui ont été couronnées de succès. Il faudrait aussi qu'un comité d'examen éthique procède à une étude indépendante de toutes les procédures de recherche dans les prisons et que les règles de l'éthique soient strictement respectées. Les résultats de ces études devraient être utilisés pour améliorer le sort des détenus, par exemple en améliorant les protocoles de traitement ou les politiques de lutte contre le VIH/SIDA en prison. Les administrations pénitentiaires ne devraient pas tenter d'influencer ce type de recherches, que ce soit sur le plan scientifique ou sur celui de leur interprétation ou de leur publication.

B. Dépistage de l'infection à VIH dans les prisons

10. Le dépistage obligatoire de l'infection à VIH chez les détenus est contraire à l'éthique et inefficace, et devrait être interdit.
11. Le dépistage volontaire de l'infection à VIH devrait être mis à la disposition des détenus, s'il est déjà offert à l'ensemble de la population, et devrait s'accompagner de l'octroi de conseils pré- et post-test. Il ne devrait être entrepris qu'avec le consentement éclairé de l'intéressé. Un appui devrait être offert aux détenus lors de la notification des résultats des examens et dans la période qui s'ensuit.
12. Les résultats du dépistage devraient être communiqués aux détenus par le personnel de santé qui garantira leur confidentialité.

13. Le dépistage anonyme non corrélé à des fins de surveillance épidémiologique ne devrait être envisagé que si cette méthode est utilisée dans la population du pays concerné. Les détenus devraient être informés de l'existence de toute surveillance épidémiologique entreprise dans la prison où ils se trouvent et devraient être tenus au courant des résultats de cette surveillance.

C. Mesures de prévention

(i) Éducation et information

14. Les détenus et le personnel pénitentiaire devraient être informés de ce qui concerne le VIH/SIDA et des moyens de prévenir la transmission du virus, eu égard notamment aux risques probables de transmission en milieu carcéral et compte tenu des besoins des détenus après leur libération. L'information devrait être coordonnée et concorder avec celle qui est diffusée au sein du public. L'information communiquée au grand public (par le moyen d'affiches ou de dépliants et par l'intermédiaire des médias) devrait être également accessible aux détenus. Toute la documentation écrite distribuée aux détenus devrait être adaptée au niveau d'instruction de la population carcérale; elle devrait être rédigée dans un langage et sous une forme que les détenus puissent comprendre et être présentée de façon attrayante et claire.

15. La prévention du VIH/SIDA devrait faire partie de l'instruction du personnel pénitentiaire pendant le cours de sa formation initiale, puis faire l'objet d'une mise au courant de façon régulière.

16. Des informations concernant le VIH/SIDA devraient être données aux détenus lors de leur arrivée en prison, pendant la durée de leur incarcération et dans le cours des programmes de préparation à la sortie de prison. Tous les détenus devraient avoir la possibilité de discuter de ces informations avec des personnes qualifiées. La communication interpersonnelle, en groupe ou à titre individuel, est un élément important de l'éducation et de l'information.

17. Les détenus et le personnel pénitentiaire devraient être consultés lors de la mise au point de matériels d'éducation et devraient être invités à participer à ce travail.

18. Vu l'importance de l'éducation par les pairs, le personnel pénitentiaire et les détenus eux-mêmes devraient contribuer à la diffusion de l'information.

19. Dans l'éducation concernant la lutte contre l'infection, il faudrait insister sur les précautions universelles et les préceptes d'hygiène. Il faudrait également insister sur l'absence de tout risque de transmission du VIH à l'occasion des contacts normaux de la vie quotidienne. Ceux qui doivent toucher des détenus infectés par le VIH devraient éviter tout excès de précautions

inutiles.

(ii) Transmission sexuelle

20. Les détenus devraient pouvoir être clairement informés des types de comportements sexuels qui peuvent conduire à la transmission du VIH. Il faudrait également leur expliquer le rôle des préservatifs dans la prévention de cette transmission. Puisqu'en dépit des interdictions, des rapports sexuels avec pénétration peuvent se produire entre les détenus, des préservatifs devraient être mis à la disposition des détenus pendant toute la durée de leur détention. Ils devraient également être mis à la disposition de tout détenu allant en permission ou sur le point d'être libéré.

21. Les autorités pénitentiaires sont chargées de lutter contre les comportements sexuels agressifs (viol, exploitation de prisonniers vulnérables, tels que les transsexuels, les homosexuels ou les déficients mentaux) et contre toutes les formes de harcèlement par la mise en place d'un personnel adéquat, d'une surveillance efficace, par la prise de sanctions disciplinaires et l'organisation de programmes d'éducation, de travail et de loisirs. Ces mesures devraient être appliquées quelle que soit la situation de l'individu concerné au regard du VIH.

(iii) Transmission par injection

22. Dans le cadre des programmes généraux d'éducation concernant le VIH, les détenus devraient être informés des dangers liés à la consommation de drogues. Il faudrait souligner et expliquer les dangers associés au partage du matériel d'injection, par rapport aux autres méthodes que peuvent utiliser les toxicomanes. Les détenus toxicomanes devraient être encouragés, pendant leur séjour en prison, à suivre des programmes de traitement de la toxicomanie dont le caractère confidentiel devrait être convenablement assuré. Dans le cadre de ces programmes, il faudrait donner des informations sur le traitement de la toxicomanie et sur les risques liés aux diverses méthodes de consommation de drogues.

23. Les détenus traités à la méthadone avant leur incarcération devraient pouvoir poursuivre leur traitement pendant leur séjour en prison. Dans les pays où un traitement d'entretien à la méthadone est proposé aux opiomanes, ce traitement devrait pouvoir être également poursuivi en prison.

24. Dans les pays où il est possible de se procurer de l'eau de Javel (solution aqueuse d'hypochlorite de sodium), ce désinfectant ou tout autre agent virucide efficace, avec des instructions précises sur la façon de nettoyer le matériel d'injection, devrait être disponibles dans les prisons qui abritent des toxicomanes I.V. ou partout où sont pratiquées des tatouages ou des actes comportant le percement de la peau. Dans les pays où des seringues et des aiguilles propres sont mises à la disposition des toxicomanes dans la population, il faudrait

étudier la possibilité de fournir du matériel d'injection propre aux détenus, comme aux détenus libérés qui en feront la demande.

25. Les services de santé des prisons doivent avoir le matériel et les ressources voulus pour éviter que le VIH ne soit transmis par du matériel non stérile au cours d'actes médicaux.

(iv) Utilisation d'autres substances qui peuvent augmenter la probabilité de la transmission du VIH

26. Les substances psychoactives ingérées ou inhalées, comme la cocaïne, les solvants et l'alcool, dont certaines font l'objet d'une consommation considérable dans le milieu pénitentiaire du monde entier, peuvent augmenter la probabilité de la transmission du VIH en faussant le jugement et en empêchant les détenus de prendre des mesures de prévention lorsque cela pourrait être nécessaire. Il faudrait donc sensibiliser les utilisateurs, effectifs ou virtuels, des substances psychoactives en appelant leur attention sur ce problème, ainsi que sur les autres conséquences et effets nocifs possibles de ces substances, dans le contexte plus large de l'éducation sanitaire.

D. Prise en charge des détenus infectés par le VIH

27. Puisqu'il n'est pas considéré utile, ni à propos, d'imposer aux membres de la communauté infectés par le VIH des mesures de ségrégation ou d'isolement ni d'imposer des restrictions à leurs activités professionnelles, sportives ou ludiques, il conviendrait d'adopter la même attitude à l'égard des détenus infectés par le VIH. Les décisions d'isolement pour raison de santé devraient être prises uniquement par le corps médical et pour des motifs identiques à ceux qui valent pour le public en général, en application des règles et règlements de santé publique. Les droits des détenus ne devraient pas être restreints plus qu'il n'est absolument nécessaire pour des raisons médicales et que ne le prévoient les règles et règlements de santé publique. Les détenus infectés par le VIH devraient pouvoir accéder aux ateliers et travailler dans les cuisines, les fermes et les autres lieux de travail, ainsi que dans le cadre de tous les programmes offerts à l'ensemble de la population carcérale.

28. L'isolement pendant des périodes limitées peut être nécessaire pour des raisons médicales si les détenus infectés par le VIH souffrent de tuberculose pulmonaire au stade infectieux. Un isolement protecteur peut être également requis pour les détenus que le SIDA prive de leurs défenses immunitaires, mais ne devrait être appliqué qu'avec le consentement éclairé de l'intéressé. Les décisions concernant la nécessité d'isoler ou de ségréguer les détenus (y compris ceux qui sont infectés par le VIH) ne devraient être prises que pour des raisons médicales et uniquement par le personnel de santé et ne devraient pas être influencées par l'administration pénitentiaire.

29. Les mesures disciplinaires — mise au secret, par exemple, des détenus qui ont fait preuve d'un comportement sexuel agressif ou prédateur ou qui menacent de se livrer à de tels actes — devraient être décidées sans qu'il soit tenu compte de l'état de séropositivité éventuelle du coupable.

30. Des efforts devraient être faits pour encourager, chez les détenus, l'adoption d'attitudes de soutien à l'égard, par exemple, de ceux qui sont touchés par le VIH/SIDA, afin d'empêcher toute discrimination et de combattre les craintes et les préjugés concernant les individus infectés par le VIH.

E. Confidentialité et VIH/SIDA

31. Les informations concernant l'état de santé et le traitement médical des détenus sont confidentielles et devraient être consignées dans des dossiers uniquement accessibles au personnel de santé. Ce personnel peut donner aux directeurs des prisons ou aux autorités judiciaires des informations qui les aideront à traiter et soigner le patient, si celui-ci y consent.

32. Les informations concernant la séropositivité d'un individu ne peuvent être divulguées au directeur de la prison que si le personnel de santé estime, compte dûment tenu des règles de l'éthique médicale, que cela est justifié pour assurer la sécurité et le bien-être des détenus et du personnel pénitentiaire, en appliquant dans cette divulgation les mêmes principes que ceux qui sont généralement appliqués à la communauté dans son ensemble. Les principes et procédures concernant la notification volontaire du partenaire dans la communauté devraient être également suivis dans le cas des détenus.

33. Le statut sérologique des détenus ne devrait jamais donner lieu à une communication de routine à l'administration pénitentiaire. Les dossiers, les cellules ou les papiers concernant les détenus ne devraient jamais comporter de signe visible (marque, étiquette, tampon, etc.) qui puisse indiquer leur état de séropositivité.

F. Soins et appui aux détenus infectés par le VIH

34. A toutes les étapes de la maladie liée au VIH, les détenus devraient recevoir un traitement médical et psychosocial approprié, égal à celui dont bénéficient les autres membres de la communauté. La participation de tous les détenus à des programmes d'appui par les pairs devrait être encouragée. La collaboration avec les dispensateurs de soins de santé dans la communauté devrait également être encouragée afin de faciliter les soins médicaux.

35. Un suivi médical et un service de conseil devraient être mis à la disposition et à la portée des détenus infectés par le VIH, mais asymptomatiques, pendant la durée de leur détention.
36. Les détenus devraient pouvoir accéder à l'information concernant les diverses possibilités de traitement et avoir le droit de refuser le traitement tout autant que les autres membres de la communauté.
37. Le traitement de l'infection à VIH et la prophylaxie et le traitement des maladies associées devraient être dispensés par les services médicaux des prisons, selon des critères cliniques et des conditions d'accessibilité analogues à ceux qui existent dans la communauté.
38. Tout autant que les autres membres de la communauté, les détenus devraient pouvoir accéder aux essais cliniques de traitement de toutes les maladies liées au VIH/SIDA. Ils ne devraient néanmoins pas être soumis à des pressions quelconques tendant à les amener à participer à des essais cliniques, étant entendu que les individus privés de liberté ne peuvent pas être utilisés pour des travaux de recherche médicale s'ils n'y consentent pas librement et si l'on n'en attend pas un bénéfice direct et significatif pour leur santé.
39. La décision d'hospitaliser un détenu atteint du SIDA ou d'autres maladies liées au VIH doit être prise pour raisons médicales par le personnel de santé. Il faut assurer l'accès à des services spécialisés convenablement équipés, au même niveau que celui qui est offert à la communauté.
40. Les services médicaux des prisons devraient collaborer avec les services de santé communautaires afin d'assurer le suivi médical et psychologique des détenus infectés par le VIH après leur libération, s'ils y consentent. Les détenus devraient être encouragés à utiliser ces services.

G. Tuberculose et infection à VIH

41. Le milieu carcéral est souvent propice à la transmission de la tuberculose et les taux peuvent être plus élevés que dans la population générale. En outre, la tuberculose est de plus en plus associée au VIH/SIDA, de sorte que la présence de détenus infectés par le VIH peut être de nature à augmenter le risque de transmission de la tuberculose. De vigoureux efforts s'imposent donc pour réduire les risques liés à l'environnement (en améliorant la ventilation, en diminuant la surpopulation et en donnant une nourriture adéquate, par exemple); pour détecter le plus tôt possible les cas de tuberculose, par un test de dépistage pratiqué à l'entrée, puis à intervalles réguliers pendant l'internement, et par la recherche des contacts; et pour donner un traitement efficace.

42. Le dépistage de la tuberculose devrait également être mis à la disposition du personnel pénitentiaire. Des programmes de traitement devraient être disponibles dans les prisons pour les détenus atteints de tuberculose et un suivi adéquat devrait être assuré lorsque les détenus traités sont transférés ou libérés.

43. Il faut une surveillance épidémiologique de la tuberculose chez les détenus comme dans le personnel pénitentiaire. Une attention particulière devrait être accordée au dépistage précoce des flambées de tuberculose pharmacorésistante et aux moyens de les juguler par des mesures de santé publique. Il faudrait notamment prendre des dispositions pour s'assurer que les détenus n'arrêtent pas leur traitement antituberculeux avant la fin.

H. Femmes en prison

44. Une attention particulière devrait être donnée aux besoins des femmes incarcérées. Il faut apprendre au personnel qui s'occupe des détenues à faire face aux problèmes psychosociaux et médicaux associés à l'infection à VIH chez les femmes.

45. Les détenues, y compris celles qui sont infectées par le VIH, devraient recevoir des informations et des services spécialement conçus à leur intention, y compris des informations concernant la probabilité de la transmission du VIH, en particulier de la mère à l'enfant ou par des rapports sexuels. De tels rapports pouvant avoir lieu pendant le cours de la détention ou lors de la libération sur parole, les détenues devraient pouvoir se protéger de l'infection à VIH, notamment en étant munies de préservatifs et en sachant comment convaincre leur partenaire d'opter pour des relations à moindre risque. Des conseils de planification familiale devraient également être disponibles si la législation nationale le permet. Aucune pression ne devrait toutefois être exercée sur les détenues enceintes pour qu'elles interrompent leur grossesse. Les détenues, qu'elles soient séropositives ou non, devraient être à même de prendre soin de leurs jeunes enfants pendant la durée de leur incarcération.

46. Dans toutes les prisons où se trouvent des femmes, les services ci-après devraient être disponibles:

- consultations gynécologiques à intervalles réguliers, notamment pour le diagnostic et le traitement des MTS;
- services de conseil en planification familiale orientés vers les besoins des femmes;
- prise en charge des femmes enceintes dans des installations appropriées;

- soins aux enfants, y compris ceux dont la mère est infectée par le VIH;
- préservatifs et autres moyens de contraception pendant la détention et avant les périodes de libération sur parole ou de libération définitive.

I. Pensionnaires des centres de détention pour délinquants juvéniles

47. Des programmes d'éducation sanitaire adaptés aux besoins des jeunes détenus devraient être organisés pour encourager l'adoption d'attitudes et de comportements de nature à préserver des maladies transmissibles, y compris le VIH/SIDA. Les décisions concernant les enfants et les adolescents, la notification par exemple aux parents de l'état de séropositivité de leur enfant ou l'obtention du consentement au traitement, devraient être prises sur des motifs analogues à ceux qui valent pour le public en général, compte dûment tenu du fait que ce qui prime, c'est l'intérêt de l'enfant.

J. Détenus étrangers

48. Les besoins des détenus étrangers devraient être respectés sans discrimination aucune. Les autorités pénitentiaires devraient être formées à répondre à ces besoins: assistance linguistique, prise de contact oral avec les familles, services consultatifs, etc. Des mesures adéquates devraient être adoptées pour assurer la protection des détenus étrangers infectés par le VIH en cas de transfert ou d'échange de détenu entre divers pays, d'extradition ou de tout autre interchange.

K. Semi-liberté et libération

49. Les détenus ne devraient pas être exclus, pour des raisons tenant à leur état de séropositivité, de mesures telles que le placement en centre ou foyer de semi-liberté ou tout autre type de prison ouverte ou de prison de régime moins strict, et ce placement ne devrait pas non plus dépendre de la révélation de leur situation par rapport au VIH.

50. Des soins médicaux à base communautaire, un appui psychologique et des services sociaux devraient être organisés à l'intention des détenus infectés par le VIH, afin de faciliter leur intégration dans la communauté après leur libération.

L. Libération anticipée

51. Si cela est compatible avec des considérations de sécurité et avec les procédures judiciaires les détenus atteints de SIDA avancé devraient se voir accorder, dans toute la mesure du possible, une libération anticipée pour des raisons humanitaires, afin de leur faciliter les contacts avec leur famille et leurs amis et de leur permettre de faire face à la mort avec dignité et dans la liberté.

52. Si les détenus eux-mêmes le demandent, les services médicaux des prisons devraient fournir toute l'information voulue concernant leur santé, leur besoins de traitement et l'évolution probable de leur état, aux autorités qui ont compétence pour décider de leur libération anticipée. Les besoins de ces détenus sans ressources au sein de la communauté devraient être pris en compte dans toute décision de libération anticipée.

M. Contacts avec la communauté et surveillance

53. La coopération avec des organisations compétentes non gouvernementales ou privées, comme celles qui s'occupent de la prévention du SIDA, de l'octroi de conseil et de l'appui social devrait être encouragée. Les détenus infectés par le VIH devraient pouvoir s'adresser à des organismes bénévoles ou autres capables de les conseiller et de les aider.

54. Les organisations indépendantes qui militent pour la reconnaissance des droits des détenus devraient avoir accès aux détenus infectés par le VIH, si ceux-ci le désirent, et appeler l'attention en cas d'insuffisance de soins, de discrimination, de non-respect des principes de l'éthique ou de déviation par rapport aux politiques et procédures pénitentiaires établies afin de garantir que les détenus soient traités humainement.

55. Les autorités de santé publique indépendantes des administrations pénitentiaires devraient régulièrement visiter et superviser tous les établissements pénitentiaires.

56. Les détenus devraient pouvoir se plaindre auprès d'un organisme indépendant compétent en cas de traitement inférieur à la norme, de discrimination ou de non-respect des principes de base de l'éthique par rapport au VIH/SIDA, et il faudrait pouvoir effectivement donner droit à leur requête.

N. Ressources

57. Les autorités devraient faire en sorte que des ressources suffisantes soient disponibles pour les soins de santé en prison, pour le personnel correspondant et pour les activités spécifiquement liées au VIH/SIDA. Ces ressources devraient être utilisées pour la prévention, le conseil, les consultations externes, les thérapies et l'hospitalisation.

O. Évaluation et recherche

58. Il est recommandé d'entreprendre des études sur le VIH/SIDA dans les populations carcérales afin d'établir une base d'informations adéquate pour la planification des politiques et de interventions dans ce domaine. On pourrait, par exemple, approfondir la question de la prévalence de l'infection à VIH ou de la fréquence des comportements à risque dans la transmission du VIH.

59. La mise en oeuvre d'interventions par les autorités pénitentiaires afin de prévenir la transmission du VIH et de prendre soin des individus infectés par le VIH/SIDA devrait être évaluée. Ces évaluations devraient servir aux administrations pénitentiaires pour améliorer la conception et la mise en oeuvre des interventions.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTE

[1] Organisation mondiale de la santé, *Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons*, Genève, OMS, 1993. Reproduit ici avec la permission de l'OMS.